

受付年月日	令和 年 月 日	支給支払決議書			
伺年月日	令和 年 月 日	常務理事印	事務長印	担当者印	資格確認印
決裁年月日	令和 年 月 日				
支給額	円	資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		
		資格喪失年月日	令和 年 月 日		
		支払年月日	令和 年 月 日		

被保険者(本人) 家族 療養費支給申請書

被保険者(本人)が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号			② 事業所の名称			
	③ 被保険者の氏名			④ 被保険者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
	⑤ 療養を受けた者の氏名			⑥ 療養を受けた者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
	⑦ 傷病名			⑧ 発病又は負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
	⑨ 発病の原因及び経過	<input type="checkbox"/> 病気 「詳しく」 <input type="checkbox"/> ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください					
	⑩ 診療又は手当を受けた医療機関の	名称			所在地		
		医師氏名			電話番号		
	⑪ 診療又は手当を受けた期間	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	日間	⑫ 装具を装着した日	令和 年 月 日	
	⑬ 診療の内容						
	⑭ 療養に要した費用の額	円		⑮ 療養費の支給申請の理由			
	⑯ 振込希望機関	銀行			店	口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
		金庫				口座名義 (カタカナ)	
	⑰ 公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> , 利用しない場合は⑯振込希望機関の欄を記入)					
	上記のとおり申請します。						
令和 年 月 日			⑱ 千				
エクセディ健康保険組合理事長 殿			被保険者の 住所				
			氏名				
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)					備考欄		

(※注意) 輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書(原本)」のほかこれに要した費用の「領収書(原本)」を添付して下さい。