

承認 決議 欄	理事長	副理事長 兼常任理事	理事	事務長	課長	係長	担当

療 養 費 支 給 申 請 書

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	— —	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	年 月 日	
受 診 者 名		生 年 月 日	年 月 日	
傷 病 名		療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が 出 来 な か っ た 理 由		
手 当 の 内 容 及 び 傷 病 経 過		承 認 年 月 日 番 号	令 和 年 月 日 号	
手 当 を 受 け た 期 間	平成・令和 年 月 日から 月 日まで 日間			
療 養 を 受 け た 医 師 ・ 歯 科 医 師 の 住 所 氏 名				
振込希望銀行	銀 行 信用金庫 信用組合	本店 支店	口座番号	普通・当座
(フリガナ) 口座名義				
手 当 に 要 し た 額	円	※ 支 給 決 定 金 額	円	

上記のとおり、療養に要した費用に関する別紙証拠書類等（診断書・領収書等）を添えて申請します。

令和 年 月 日

(千 一)

住 所

第 1 種 組 合 員 連 絡 先 電 話 番 号

氏 名

印