

承認 決議 欄	理事長	副理事長	常任理事	理事	事務長	次長	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	平 成 年 月 日 号
手 当 を 受 け た 期 間	平 成 年 月 日 から 同 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	支店	口座番号 普・当 No.
(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。

平成 年 月 日

(〒 -)

住 所

第 1 種 組 合 員 連 絡 先 電 話 番 号 - -

氏 名

⑩