

支給決定 伺	年 月 日	支給期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間	常務理事	主任	担当
	支給額 円				
備考	<input type="checkbox"/> 医師の同意書				

療養費支給申請書

被 保 険 者 証	記号	番号	(職場名)
傷 病 名			発病負傷の年月日 年 月 日
傷 病 の 原 因			
傷 病 の 経 過			
診療または手当を受けた医師、 歯科医師、その他の者の	所在地	名称	
診療または手当の期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	診療または手当に要した金額 円	
診療または手当の内容			
健康保険で受診できな かった理由			
傷病が第三者の行為に よるときは、第三者の 住所、氏名及びその時 の状況	(住所)		(氏名)
	(状況)		

(注) ・靴型装具の療養費を申請される方は、当該装具を装着している写真を必ず添付してください。

上記のとおり申請します。 年 月 日

三井E & S 健康保険組合 御中 被保険者住所 _____
氏 名 _____ 印

上記金額の給付を事業主に委任します。 年 月 日
(任意継続者の方は事業主委任欄への記載不要)

三井E & S 健康保険組合 御中 被保険者氏名 _____ 印