

支給 支出		決議書		年 月 日 伺	
自令和 年 月 日		日間		¥ 円	
至令和 年 月 日					
常務 理事		事務長		係	

受付日付

被保険者
家族

療養費支給申請書（立替払）

令和 年 月 日 提出

被保険者証 記号・番号		記号 番号	被保険者の 氏 名	
被保険者の 現住所				
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は ☒ ）				
事業所の	名称			
	所在地			
傷病名		傷病、負傷 の年月日		令和 年 月 日
傷病、負傷 の原因				
診療、手当を 受けていた医 師、歯科医師	住所			
	医療機関名	医 師 名		
診療、手当 の内容				
診療、手当 の期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日から	日間	診療に要した 費用の額
		¥		
傷病が第三者の行為によるものである時は、その事実とその者の住所と氏名（不明のときはその旨）				
被扶養者が受けたためのものであるときは、その者の				
氏 名			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
		被保険者 との続柄		

三ツ星ベルト健康保険組合理事長 殿

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、備考欄へ記載してください。

（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	
-----	--