

療 養 費 (付加金) 支 給 申 請 書

被保険者証	記 号	4 8 1 1	事業所の名称	部・室 課・所		
	番 号	第 号				
傷 病 名			発病または 負傷の月日	年 月 日		
発 病 ま た は 負 傷 の 原 因			傷病または 負傷の経過			
保 険 医 師 に か か れ な かつ た 理 由						
傷病が第三者の行 為による場合はそ の第三者の住所氏名			医 師 の 住 所 氏 名			
診 療 ま た は 手 当 の 内 容			医療または 手当を受け た 期 間	自 令和 年 月 日 日 間 至 令和 年 月 日		
診 療 に 要 し た 費 用			明 細 は 別 紙 の と お り			
届 け が 被 扶 養 者 と な る と き は、そ の 者 の 氏 名	氏 名	明・大・昭・平	年	月	日	続 柄
						備 考
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">住 所</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">被 保 険 者</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">氏 名</div> 阪神高速道路健康保険組合理事長 殿						

上記の給付金を次の銀行へ振込み下さい。		フリガナ
銀行	支店・預金種別 当座・普通・口座番号	口座名義