

下記申請にもとづき次のとおり 支給申請を決定いたしたい。				常務理事	事務長	関係者	担当者
決裁年月日		年 月 日					
支給額				計 算			
被 保 険 者 療 養 費 支 給 申 請 書 (立 替 払 い 用) 被 扶 養 者							
東北電力健康保険組合理事長 殿							
年 月 日							
下記のとおり申請いたします。							
<input type="checkbox"/> この届出は被保険者が内容を確認し作成しています							
被保険者氏名		被保険者証 記号番号		事業所名			
フリガナ				所 属			
				電 話 番 号			
対象者氏名		続柄	対象者の生年月日	区分	治療期間	支払額	
フリガナ			年 月 日 (歳)	入院 外来 調剤	自 年 月 日 至 年 月 日 実日数(日間)	円	
傷 病 名							
療養を受けた病院・診療所等の 名称および所在地		名 称					
		所 在 地					
療養費の支給申請の理由		<input type="checkbox"/> 保険証を使用せず受診 <input type="checkbox"/> 前加入健保へ医療費を返納した <input type="checkbox"/> その他()					
傷病が第三者の行為による 場合はその事実と第三者の 住所氏名		事 実					
		住 所					
		氏 名					
・外来と調剤がある場合、申請書は2枚作成してください。 【添付書類】 <input type="checkbox"/> 領収書の原本 <input type="checkbox"/> 医療機関や調剤薬局で発行する診療(調剤)報酬明細書(レセプト)の原本 ※ 領収書と一緒に発行される「診療明細書」は傷病名等の記載がなく詳細を確認できないため不可							