

- |                                                             |  |  |  |                                                                       |  |                 |  |     |  |                 |  |     |  |
|-------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------|--|-----------------|--|-----|--|-----------------|--|-----|--|
| 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                                                       |  |  |  |                                                                       |  |                 |  |     |  |                 |  |     |  |
| 支給額                                                         |  |  |  |                                                                       |  | 計               |  |     |  |                 |  |     |  |
|                                                             |  |  |  |                                                                       |  | 算               |  |     |  |                 |  |     |  |
|                                                             |  |  |  |                                                                       |  |                 |  |     |  |                 |  |     |  |
| <div>被保険者<br/>被扶養者療養費支給申請書(装具用)</div>                       |  |  |  |                                                                       |  |                 |  |     |  |                 |  |     |  |
| 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。                                              |  |  |  |                                                                       |  |                 |  |     |  |                 |  |     |  |
| <div><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</div> |  |  |  |                                                                       |  |                 |  |     |  |                 |  |     |  |
| 被保険者氏名                                                      |  |  |  | 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        |  | 年齢  |  | 採寸・採型日（※）       |  | 支払額 |  |
| フリガナ                                                        |  |  |  |                                                                       |  | 年      月      日 |  |     |  | 年      月      日 |  | 円   |  |
| 傷 病 名                                                       |  |  |  |                                                                       |  |                 |  |     |  |                 |  |     |  |
| 発病又は負傷の原因<br>※装具作成の場合のみ記入                                   |  |  |  | 1 病気      2 怪我(原因: )<br>3 その他 ( )                                     |  |                 |  |     |  |                 |  |     |  |
| 療養費の支給申請の理由                                                 |  |  |  | <input type="checkbox"/> 治療用装具を作成<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |                 |  |     |  |                 |  |     |  |
| 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                                                                 |  |                 |  |     |  |                 |  |     |  |
| 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                                                                   |  |                 |  |     |  |                 |  |     |  |