

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書

被保険者 記号・番号	-		事業所 名称			
傷病名						
発病又は 負傷の年月日	令和		年	月	日	
発病又は負傷の原因およびその経過						
診療又は 手当の内容						
診療又は 手当の期間	令和	年	月	日から	日間	円
診療又は手当を受けた 医療機関の名称 及び所在地	所在地					
	名称					
療養の給付を 受けなかった理由						
傷病が第三者の行為によるときは其の事実並びに第三者の氏名及び住所						
申請が扶養者に関するときはその者の氏名・生年月日・続柄	氏名			生年月日	昭和・平成・令和	続柄
				年	月	日
振込希望の銀行 (ゆうちょ銀行不可)	銀行		支店			
	普通預金 No.	名義人(カナ)				

上記の通り申請します。

令和 年 月 日

SMBCファイナンスサービス健康保険組合 殿

被保険者の

住所	〒	-	TEL	
氏名				