

提出先：日本アイ・ビー・エム健康保険組合  
〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町36-2  
Daiwaリバーゲート南ウイング10階

電話番号（日中の連絡先）
( ) -

被保険者  
被扶養者

# 療養費支給申請書

(第 回目)

被 保 険 者	被保険者証 (枝番記入不要)	記号 番号	被保険者が勤務する(していた)事業所	名称 所在地						
	傷病名				発症または負傷の年月日	令和	年	月	日	
	発病又は負傷の原因									
	傷病の経過									
	診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称	所在地及び電話番号	所在地	電話番号	( )	-			
	診療又は手当の内容				入院期間	自	令和	年	月	日
						至	令和	年	月	日
					装具装着日	令和	年	月	日	
	診療又は手当を受けた期間	自	令和	年	月	日	日間	診療又は手当に要した費用の額	金	円也
		至	令和	年	月	日				
記	診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生労働大臣が定める療養を含む時はその旨									
	療養の給付又は特別療養費もしくは家族療養費の支給を受けることができなかった理由									
	第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	加害者の氏名							
入	被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年月日	昭平令	年	月	日	被保険者との続柄		
	振込先銀行名	銀行 支店			普通 当座					
欄	[給付は原則勤務先経由となります] [任意継続制度、特例退職制度の加入者の場合、加入時に届け出いただいた口座に振り込まれます]									
	上記の通り申請いたします 令和 年 月 日 〒 住所 被保険者 氏名 健康保険組合理事長 殿 印									

受付日付印