

記入しないこと	支給決定伺				支給決定	平成	年	月	日
	支給額	円			常務理事	事務長	担当者		
	摘要								

**被保険者**  
**家族** 療養費支給申請書 300

(第 × 回目)

被保険者が記入するところ	(1) 被保険者の事業所番号 事業所番号	9000	(2) 事業所の名称・所属 名称	南海電気鉄道株式会社			
	保険証番号	××××××	所属	××部××課			
	(3) 傷病名	××××病		(4) 発病または負傷の原因	××××にて		
	(5) 診療や手当を受けた医師の名称・氏名	名称	××××医院		(6) 所在地	××市××町	
		氏名	××××				
	(7) 診断の期間	自平成	年××月××日	××日間	(8) 診療に要した費用	金 ××, ××× 円也	
	(9) 保険診療を受けられなかった理由	××××のため					
	(10) 第三者の行為により負傷したときはその事実及び加害者の氏名住所	なし。					
	(11) 申請が被扶養者に関するときはその氏名	氏名	××××	(12) 生年月日	明 昭 ××年××月××日 大 平	(13) 続柄	×

委任するところ

平成 ××年××月××日 上記のとおり申請します。

南海電気鉄道健康保険組合理事長 殿

私は上記申請に関する一切の事務を ×××× 担当印 に委任いたします。

「押印」してください

受付日付

被保険者の住所 大阪市中央区難波××××××

氏名 南海太郎 南印 1

「押印」してください

KR30011704PI

申請上の注意

- この様式は、被保険者又は家族が、やむを得ない事情で、保険による診療を受けることができず、その診療に要した費用を療養費又は家族療養費として申請するものです。
  - この申請をするときは、保険診療を受けられなかった理由を詳細に記入し、医師から診療報酬明細書及び領収書を添付し組合に提出して下さい。
  - この申請が被保険者である場合は、申請の表題の「被保険者」を で囲み、被扶養者である場合は、「家族」を で囲んで下さい。
  - 家族申請の場合は、「(11)被扶養者の氏名・(12)生年月日・(13)続柄」欄に記入して下さい。
- 1この申請書は、ご本人の同意なく本目的外に使用いたしません。現職の方は、事業主経由にて手続き・支払いを行います。