

支給決定伺						*ケンボ記入欄	
支給金額	円	支給期間	H・R . . . 日 H・R . . .	取得	S・H・R . . .		
内訳 : 療養費 円 / 高額療養費 円 / 付加給付金 円 / 食事療養費等 円				喪失	S・H・R . . .		
経伺	常務理事	事務長	課長		担当者		
						備考 本・家・六・高7・高一 外・入・訪問・装具	

被保険者 療養費支給申請書 [除く 業務上または通勤途上災害による傷病]
 家 族

被保険者証の 記号番号	-		事業所(会社)の 名称				
対象者氏名			生 年 月 日	S・H・R 年 月 日生	続柄		
傷 病 名			発病または 負傷の年月日		H・R	年 月 日	
発病または 負傷の原因							
傷病の経過 (いずれかに○印)	治 癒 / 現在も通院(経過観察)中 / その他()						
診療又は 手当の期間	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	日間	診療又は手当 に要した費用		円	
診療を受けた 医療機関等	名称						
	所在地	〒 -	TEL				
療養の給付を受ける ことができなかった理由							
上記の通り申請致します。 令和 年 月 日 被保険者の住所 氏名(自署)及び 印 (印) 大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿 TEL							

* 在職者のみ記入 上記金額の受領を に委任します(会社名を記入)

* 以下、退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)

金融機関および支店名	銀行・信用金庫 支店	
1.普通 2.当座	口座番号	
フリガナ		
口座名義人		

所属事業所 確認印		

大同健保

【ご注意】添付書類や支給要件等を、事前に大同健保ホームページでご確認のうえ申請してください。