

支給額	※	円	支払年月日	常務理事	事務長	課長	係
			平成 年 月 日				

①

被保険者  
被扶養者

## 療養費支給申請書

本・家印

※ 処 理 区 分 立替払等26 ・ 治療用装具 24 ・ あんま22 ・ マッサージ21 ・ 針灸23

提出日 平成29年1月6日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号番号	記号 11	被保険者の (申請者) 氏名と 生年月日	光学 一郎	昭和60年10月10日	印
	事業所名所在地	オリンパス (株) (内線 915) 東京都新宿区西新宿2-3-1				
	申請が被扶養 者に関する ときはその方の	氏 名	生 年 月 日	続 柄		
		光学 花子	昭和62年8月8日	妻		
	傷 病 名	左膝内側靭帯損傷	発病又負傷の 年月日	平成28年11月3日	( 15 時頃)	
	発病又は負傷の 原因及びその経過	自宅で子供と遊んでいて転倒				
	診療を受けた病 院等の名称及び 住所	名 称 光学整形外科	医 師 の 氏 名	工業 弘	TEL 0427 - 55 - 8888	
	診療の期間 (支給期間)	自 平成28年11月3日	から	平成28年11月30日	まで 4 日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来
	入院の場合 入院期間	自 年 月 日	から	年 月 日	まで 日間	治療に要した 費用の額 ③ 25,000 円
	診療又は 手当の内容	別紙医師の証明書の通り				
健康保険を受 けることができ なかった理由	保険証申請中のため④					
医療助成について	<input type="checkbox"/> 受けている ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない					

注)被保険者は全て給与組込しますので、「振込を希望する金融機関」欄の記入は不要です。また、任意継続者につきましても、保険料を引き落している郵便局の口座に振り込みますので、「振込を希望する金融機関」欄の記入は不要です。

融 機 関 を 希 望 す る 金	金融機関 コード	1111	金融機関名	〇〇〇
	店 番 号	123	支 店 名	幡ヶ谷
	預 金 種 目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口 座 番 号	12345678
	口 座 名 義	カタカナ コウガク イチロウ 漢字 光学 一郎		

注)任意継続者以外は全て給与組込しますので、受取代理人の本人欄に記名、捺印してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日	※ 受付印
	本人 住所 東京都渋谷区幡ヶ谷1234 氏名 光学 一郎	印
	代理人 住所 氏名	印

在籍中の被保険者は「受取代理人の欄」の本人欄に記名、捺印、会社が代理人になります。

備考 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)には、備考欄に記載して下さい。  
個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス(□)」にチェックを入れてください。  
□本申請書の提出について、事業主に委任いたします。(委任する場合 )

支給額	※	円	支払年月日	常務理事	事務長	課長	係
			平成 年 月 日				

①

被保険者  
被扶養者

## 療養費支給申請書

本・家印

※ 処 理 区 分 立替払等26 ・ 治療用器具 24 ・ あんま22 ・ マッサージ21 ・ 針灸23

提出日 平成29年1月6日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号番号	記号 11	被保険者の (申請者) 氏名と 生年月日	光学 一郎	印
	事業所名所在地	オリンパス(株) (内線 915) 東京都新宿区西新宿2-3-1			
	申請が被扶養 者に関する ときはその方の	氏名	生年月日	続柄	
		光学 花子	昭和62年8月8日	妻	
	傷病名	左膝内側靭帯損傷	発病又は負傷の 年月日	平成28年11月3日	( 15 時頃)
	発病又は負傷の 原因及びその経過	自宅で子供と遊んでいて転倒			
	診療を受けた病院 等の名称及び 住所	名称 光学整形外科	医師の氏名	工業 弘	TEL 0427 - 55 - 8888
	診療の期間 (支給期間)	自 平成28年11月3日 至 平成28年11月30日	から まで 4 日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来	
	入院の場合 入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日	から まで 日間	治療に要した 費用の額	③ 25,000 円
	診療又は 手当の内容	別紙医師の証明書の通り			
健康保険を受 けることができ なかった理由	装具着用のため ④				
医療助成について	<input type="checkbox"/> 受けている ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない				

注)被保険者は全て給与組込みしますので、「振込を希望する金融機関」欄の記入は不要です。また、任意継続者につきましても、保険料を引き落している郵便局の口座に振り込みますので、「振込を希望する金融機関」欄の記入は不要です。

融 機 関 必 ず 希 望 す る 金	金融機関 コード	1111	金融機関名	〇〇〇
	店番号	123	支店名	幡ヶ谷
	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	12345678
	口座名義	カタカナ コウガク イチロウ 漢字 光学 一郎		

注)任意継続者以外は全て給与組込みしますので、受取代理人の本人欄に記名、捺印してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日	※ 受付印
	本人 住所 東京都渋谷区幡ヶ谷1234 氏名 光学 一郎 印 代理人 住所 氏名 印	

在籍中の被保険者は「受取代理人の欄」の本人欄に記名、捺印、会社が代理人になります。

備考 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)には、備考欄に記載して下さい。  
個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス(□)」にチェックを入れてください。  
□本申請書の提出について、事業主に委任いたします。(委任する場合 )

支給額	※	円	支払年月日	常務理事	事務長	課長	係
			平成 年 月 日				

①

被保険者  
被扶養者

## 療養費支給申請書

本・家印

※ 処 理 区 分 立替払等26 ・ 治療用装具 24 ・ あんま22 ・ マッサージ21 ・ 針灸23

提出日 平成29年1月6日

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の 記号番号	記号 11	被保険者の (申請者) 氏名と 生年月日	光学 一郎	印
	事業所名所在地	オリンパス(株) (内線 915) 東京都新宿区西新宿2-3-1			
	申請が被扶養 者に関する ときはその方の	氏名	生年月日	続柄	
		光学 太郎	平成25年11月11日	子	
	傷病名	弱視	発病又は負傷の 年月日	平成28年12月3日	( 15 時頃)
	発病又は負傷の 原因及びその経過	健診にて指摘			
	診療を受けた病 院等の名称及び 住所	名称 光学眼科病院	医師の氏名	光学 弘	TEL 0427 - 55 - 8888
	診療の期間 (支給期間)	自 平成28年12月3日 至 平成28年12月30日	から まで 4 日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来	
	入院の場合 入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日	から まで 日間	治療に要した 費用の額	③ 25,000 円
	診療又は 手当の内容	別紙医師の証明書の通り			
健康保険を受 けることができ なかった理由	治療用眼鏡作成のため ④				
医療助成について	<input type="checkbox"/> 受けている ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない				

注)被保険者は全て給与組込みしますので、「振込を希望する金融機関」欄の記入は不要です。また、任意継続者につきましても、保険料を引き落している郵便局の口座に振り込みますので、「振込を希望する金融機関」欄の記入は不要です。

融 機 関 を 希 望 す る 金	金融機関 コード	1111	金融機関名	〇〇〇
	店番号	123	支店名	幡ヶ谷
	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	12345678
	口座名義	カタカナ コウガク イチロウ 漢字 光学 一郎		

注)任意継続者以外は全て給与組込みしますので、受取代理人の本人欄に記名、捺印してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日	※ 受付印
	本人 住所 東京都渋谷区幡ヶ谷1234 氏名 光学 一郎	印
	代理人 住所 氏名	印

在籍中の被保険者は「受取代理人の欄」の本人欄に記名、捺印、会社が代理人になります。

備考 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)には、備考欄に記載して下さい。  
個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス(□)」にチェックを入れてください。  
本申請書の提出について、事業主に委任いたします。(委任する場合 )