

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
記入見本	年 月 日
	年 月 日
支給額	円
支給期間	年 月 日から
	年 月 日まで 日間

	常務理事	事務長	課長	担当者
決裁				
標準報酬	千円			
資格	被保険者証の記号番号を記入した場合、個人番号の記入は不要です。 ※個人番号を記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。			
資格				

### 被保険者・被扶養者

被保険者証の記号番号	8001 - 8888		事業所の名称	木住株式会社		
または個人番号 (マイナンバー)			被保険者の生年月日	平成1年 2月 3日		
被保険者の氏名	組合 健太					
傷病名	両続発性下肢リンパ浮腫	発病または負傷の年月日	R1年 12月 3日			
発病又は負傷の原因	子宮がんの術後					
傷病の経過	手術でリンパ節を切除したため、リンパ浮腫が生じている					
診療又は手当をした場所 (医療施設等)	名称	県立がんセンター		医師の氏名		
	所在地	〒230-0051 横浜市鶴見区鶴見中央 4-33-1				
診療又は手当の内容	弾性ストッキングの装着					
診療又は手当を受けた期間 もしくは装具を装着した日	令和2年 10月 6日から 令和2年 10月 6日			1日間		
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、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨						
療養の給付又は特定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			
			加害者の住所			
被扶養者に関する申請のとき	氏名	組合 小雪	生年月日	H1年 1月 1日	被保険者との続柄	妻
振込希望の銀行 (被保険者口座)	ナイス銀行 鶴見中央支店		被保険者口座を記入してください			
	普通当座	1234567	(口座名義人 クミアイ ケンタ)			
上記のとおり申請します。	令和2年 10月 25日		被保険者の住所 〒230-0051 横浜市鶴見区鶴見中央			
			氏名 組合 健太			
ナイスグループ健康保険組合理事長 殿						

#### ※注意事項

申請の際は領収書・診療報酬明細書の原本を添付してください。

また、治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか「装具作製確認書」も提出してください。

受付日付印