

支 給 額										円
支 給 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間								
受 付 年 月 日	令和 年 月 日									
伺 年 月 日	令和 年 月 日									
決 裁 年 月 日	令和 年 月 日									
支 払 年 月 日	令和 年 月 日									

支 給 支 払 決 議 書			
常務理事	事務長	確 認	担 当
資 格 取 得	年 月 日		
資 格 喪 失	年 月 日		

被保険者
被扶養者
療 養 費 支 給 申 請 書

サンリオ健康保険組合 理事長 殿				令和 年 月 日	
下記のとおり請求します。					
健康保険	記号		被 保 険 者 の 氏 名		
	番号				
被保険者の現住所	〒 ()				
事業所の名称					
療養が被扶養者に 関するときは	氏 名		生年月日		続柄
			大 平 年 月 日 昭 令		
傷病名			発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	平成 年 月 日 令和	
発 病 の原因 および経過					第三者の行為(交通事故等)によるものですか はい ・ いいえ
診療を受けた病院等の	所 在 地				
	名 称			診療した医師の氏名	
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 期 間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		日間	診療又は手当に要した 費 用 の 額	金 円
診療の内容					
療養の給付を受けることが できなかった理由	1. 証交付前の受診 2. 証の不携行 3. 治療用装具 4. その他()				
振込を希望する本人名義の口座情報					
※三菱UFJ銀行の口座をお持ちの方は、その口座の指定をお願いいたします。					
銀行		支店		正確に「フリガナ」をふってください	
信用金庫				フリガナ	
普通 当座	口座番号			口 座 名 義 人	
□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は上記の欄を記入)					