

	付加給付	有・無	常務理事	事務長	会計	扱者	
支給決定額			円				

野村證券健康保険組合理事長殿

健康保険 **被保険者
被扶養者** 療養費支給申請書

被保険者等 記号・番号	記号						
	番号						
被保険者氏名					生年月日	昭和 平成	年 月 日
被保険者の住所	〒					電話番号 ()	
所属会社 部店名						内線番号□	
社内e-mailアドレス							
療養が被扶養者に関するときはその方の	氏名		生年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄	
傷病名					発病又は 負傷の年月日	平成 令和	年 月 日
発病又は負傷の原因 およびその経過					第三者行為によ るものですか	□いいえ □はい	
診療を受けた 病院等	名称						
	所在地						
診療の期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	入院・入院 外の別	□入院外 □入院	入院の場合 入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日	
診療に要した 費用の額	円	診療の内容					
療養の給付を受 けることができ なかつた理由							

振込先 (被保険者 名義の口座)	銀行コード	銀行 信金	支店コード	支店 出張所
	普通 当座	口座番号	フリガナ	
			口座氏名	

<添付書類>

- ・装具などを購入したとき : 領収書(原本)・装具の明細書(品名、材質等記載されたもの)・
保険医の証明書・靴型装具の場合は装具のカラー写真または画像
をメールにて送付
- ・保険証をもたずに受診したとき : 領収書(原本)・レセプト(診療報酬明細書。診療明細書では不可)

※お振込は病院からのレセプト内容確認後の支給(受診月の3~4ヶ月後)となります。