

※健保記入欄

支給決議書	金額	円	資格	得喪	年月日	常務理事	事務長	課長補佐	主任	担当者
	(備考)									
						支出科目	(款)	(項)	(目)	
	同年月日	年月日	支給年月日	年月日						

## 給付関係証明申請書 (保険給付支給申請書)

被保険者証 記号・番号	—	事業所 名称		所属	
治療を受けた 方の氏名		続柄		生年月日	昭平令 年月日生
医療機関名		医療費支払額			円
受診年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 —

被保険者住所

被保険者氏名

印

生年月日 昭・平 年 月 日

東武鉄道健康保険組合 理事長殿

健保受付印

- (注1) 領収書の写しを添えて申請してください。  
 (注2) 期間が複数月となる場合は、別々に申請してください。