

健保組合	常務理事	事務長	課長	主事	担当
------	------	-----	----	----	----

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

申請日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

被保険者証の記号番号		被保険者の氏名	⑩			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	
事業所	<input type="checkbox"/> 川崎重工業 工場 <input type="checkbox"/> ()		自宅の住所等	〒 (Tel) - -							
被扶養者が受診の場合 →	受診者氏名		続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	年齢	
傷病名						発病または負傷年月日	平成	年	月	日	
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 業務上 (交通事故等) <input type="checkbox"/> 通勤途上		(原因) 外傷や第三者行為(交通事故等)の場合は、「傷病原因届」を添付してください。								
受診した医療機関・薬局等	名称			住所・電話番号	(Tel) - -						
	医師名										
診療期間等	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで					日間	診療に要した費用	円		
申請理由	<input type="checkbox"/> 保険証の不携帯 (不携帯の理由:) <input type="checkbox"/> 保険証の発行手続き中 <input type="checkbox"/> 治療用装具(コルセット等)作成のため → 装着年月日: 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 以前加入していた健康保険を使用したため <input type="checkbox"/> その他()										
支払方法	川崎重工業(株)の被保険者の方には、給与口座に振込みます。 また、任意継続被保険者の方には、加入時に指定された口座に振込みます。										
	委任欄	「川崎重工業、任意継続」以外の事業所の方は、下記を記入し、事業主欄に記入・押印してもらってください。 この給付金の受領に関する権限を事業主(代理人)に委任します。									
	被保険者氏名	⑩		事業主(代理人)	住所名称氏名		⑩				

(注意) 1. 自費で診療を受けたときは、受診先から発行された「診療報酬明細書(レセプト)」または「領収明細書」と「領収書(原本)」を添付してください。

2. コルセット等治療用装具の場合は、「医師の意見書」と「領収書(原本)」を添付してください。

組合決定欄	支給期間	平成 年 月 日 ~	支給決定金額	円	支給決定日	
		平成 年 月 日			平成 年 月 日	
備考					支払日	
					平成 年 月 日	