

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	
保険証	記号	番号	被保険者の氏名	(印)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	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	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"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 通勤途上	<input type="checkbox"/> 第三者行為 (交通事故等)	(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。							
受診した医療機関等の	名称	所在地	医師名	診療・装具等の費用	円					
申請理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具(コルセット・靴型装具など)の装着 <input type="checkbox"/> 治療用メガネの装着		<input type="checkbox"/> 保険証の不携帯 <input type="checkbox"/> 保険証の発行手続き中 <input type="checkbox"/> 以前加入していた健康保険を使用		<input type="checkbox"/> その他 ()					
必要書類(すべて原本)	・領収書 ・医師証明書 ・装具写真(靴型装具のみ) ・治療用装具装着確認書		・領収書 ・医師の意見書		・領収書 ・診療内容の明細書		・領収書 ・その他 ()			
装着日・診療期間など	治療用装具を装着した日：平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 日間		診療期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで					
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	(印)	事業主(代理人)	住所名称氏名	(印)					

※靴型装具の写真は「治療用装具(靴型装具)写真添付台紙」に貼って提出してください。

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			日間	平成	年	月	日
備考					支払日				
					平成	年	月	日	