

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 XX 年 XX 月 XX 日

保険証 記号 X X X 番号 X X X X X X	被保険者の氏名 川崎 太郎 (印)	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 XX 年 XX 月 XX 日 <input type="checkbox"/> 平成
事業所 <input type="checkbox"/> 川崎重工業 工場 <input "="" checked="" type="checkbox"/> 昭和 XX 年 XX 月 XX 日 <input type="checkbox"/> 平成 年齢 XX		
傷病名 変形性膝関節症	発病または負傷年月日 平成 XX 年 XX 月 XX 日	
傷病の原因 <input checked="" type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 第三者行為 (交通事故等) <input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 通勤途上	(原因) 加齢による 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。	忘れずに!
受診した医療機関等の 〇〇クリニック	所在地 △△市 △△町 X-X-X	医師名 〇〇 〇〇
診療・装具等の費用 XX, XXX 円		
申請理由 <input checked="" 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 ・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 XX 年 XX 月 XX 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 委任欄	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。 } 委任欄の記入は不要	
	「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 川崎 太郎 (印)	事業主住所名称氏名 〇〇市 〇〇町 3-2-1 (株)〇〇〇〇 △△ △△ 事業主印

※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～ 平成 年 月 日 日間	支給決定金額	円	支給決定日	平成 年 月 日
	備考				支払日	平成 年 月 日