

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			
被保険者証の記号番号	X X X - 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 <input type="checkbox"/> 平成 XX 年 XX 月 XX 日
事業所	<input type="checkbox"/> 川崎重工業 工場 <input checked="" type="checkbox"/> (株)〇〇〇〇	自宅の住所等	〒 XXX - XXXX 〇〇市 〇〇町 1-2-3 (Tel) 0XX - XXX - XXXX			
被扶養者が受診の場合	受診者氏名	川崎 花子	続柄	妻	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 XX 年 XX 月 XX 日 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"/> 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) 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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">忘れずに!</div>			
受診した医療機関・薬局等	名称	〇〇クリニック		住所・電話番号	△△市 △△町 1-1-1 (Tel) 0XX - XXX - XXXX	
	医師名	〇〇 〇〇				
診療期間等	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院	平成 XX 年 XX 月 XX 日 ~ 平成 年 月 日まで 1 日間			診療に要した費用	XX, XXX 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 checked="" 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 XX 年 XX 月 XX 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。 <div style="float: right; border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">委任欄の記入は不要</div>					
	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。				事業主印
	被保険者氏名	川崎 太郎 (印)	事業主(代理人)氏名	住所名称氏名	〇〇市 〇〇町 3-2-1 (株)〇〇〇〇 △△ △△	

- (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 ~ 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