

| | | | | | | | | | | | |
|---|------|------|------|----|---|---------|-----------|---|---|---|---|
| 支 | 常務理事 | 事務局長 | 業務課長 | 係長 | 係 | 同 年 月 日 | 取 得 年 月 日 | 昭 和 平 成 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | | | 喪 失 年 月 日 | 平 成 | 年 | 月 | 日 |
| 払 | 法定給付 | | | | | 円 | 支 給 期 間 | 平 成 | 年 | 月 | 日 |
| | 付加給付 | | | | | 円 | | 平 成 | 年 | 月 | 日 |
| 決 | ※備考 | | | | | | 合 計 金 額 | 円 | | | |
| | | | | | | | 小児弱視 | 前回 年 月 日 更新 <input type="checkbox"/> 5歳未満(1年以上) <input type="checkbox"/> 5歳以上9歳未満(2年以上) | | | |
| | | | | | | | 弾性着衣 | 前回 年 月 日 購入 (※前回より6ヵ月経過後) | | | |

被 保 険 者 族 療 養 費 支 給 申 請 書 (第 回)

注意事項

③ ② ①
請求人の住所記入の際には○の方またはアパート名などを明記してください。
訂正したときはそれぞれの記入者が使用した印と同じ印を押してください。
標題の「被保険者」「家族」は該当する方を○で囲んで下さい。

| | | | | | | |
|---|---|-------------------------------------|--|----------|----------------|--|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ | 被保険者証の記号番号 | | 事業所の名称 TEL | () | | |
| | 記号 | 番号 | フリガナ | 対象者の生年月日 | 昭和 年 月 日 平成 | |
| | 対象者 | 氏名 | | | 被保険者との続柄 | |
| | 申請理由 療養の給付を受けることができなかった理由を選んで□にチェックしてください。 | ① | <input type="checkbox"/> 医師の指示により、治療用器具を作成・購入したため。 ※器具の装着が必要である旨を示した「医師の意見書」と「器具の領収書」原本を添付 ※9歳未満の弱視斜視等の治療用眼鏡の申請には「指示書」と「眼鏡の領収書」原本を添付 ※弾性着衣等を購入した際の申請には「弾性着衣等装着指示書」と「弾性着衣等の領収書」原本を添付 | | | |
| | | ② | <input type="checkbox"/> 健康保険の手続き中で、医療機関に保険証を提示できなかったため。 ※医療機関が作成した「診療報酬明細書」と「領収書」原本を添付 | | | |
| | | ③ | <input type="checkbox"/> 当健康保険組合資格取得後または認定後に、前保険者の保険証を使用したため。 ※前保険者から送付された「診療報酬明細書」と前保険者に支払った「領収書」原本を添付 | | | |
| | | ④ | <input type="checkbox"/> その他 詳細記入→【 】 | | | |
| | 傷病名 | | 発病または負傷の年月日 | 年 月 日 | (負傷の場合は 時頃) | |
| | 発病又は負傷の原因 | ※詳しくご記入ください。負傷の場合は「傷病原因届」をご提出ください。 | | | | |
| | 傷病の経過 | | | | | |
| 診察を受けた医療機関の | 名 称 | 所 在 地 | 診察した医師の氏名 | | | |
| 上記の申請理由が②③の場合 | 診察期間 | 自 平成 年 月 日 | ～ 至 平成 年 月 日 | 日間 | | |
| 上記の申請理由が①の場合 | 器具装着日 | 平成 年 月 日 | 器具購入金額 | 円 | | |
| 第三者の行為によって負傷したものであるか | ある ない | 第三者の行為によって負傷したときその事実の届出の有無 有 ・ 無 | 第三者の方の氏名と住所と連絡先 (不明のときはその旨を記入してください。) | | | |
| | | | 氏名 | 連絡先 | | |
| | | | 住所 | 不明理由 | | |
| 上記のとおり申請します。平成 年 月 日 | | | | | | |
| 川口工業健康保険組合理事長 殿 〒 電話番号 () | | | | | | |
| 被保険者の住所 被保険者の氏名 ④ 生年月日 昭和 平成 年 月 日 | | | | | | |
| 委任状 | 事業主を代理人として健康保険組合より支給される本請求金額全額のお取り扱い方を委任いたします。 被保険者の氏名 ④ | | | | | |
| ※退職後等の申請で、上記に委任しない場合は、川口工業健康保険組合にお申し出下さい。 | | | | | | |

| | |
|---------------------|---|
| 社 会 保 険 労 務 士 記 入 欄 | |
| | ④ |

| | |
|-----------|-----------|
| 決 裁 日 付 印 | 受 付 日 付 印 |
| | |