

支 払 決 議 書	常務理事	事務	<b>提出前確認事項</b> <input type="checkbox"/> 記入漏れ・印漏れ(計2箇所)はないか。 <input type="checkbox"/> 「医師の意見書」等と「装具の領収書」等は原本を添付しているか。 ※「装具の領収書」は明細も必要です。(眼鏡、弾性着衣は不要) ※医療機関等によっては、文書名が異なる場合があります。 ※9歳未満の弱視斜視等の治療用眼鏡には上限金額があります。 <input type="checkbox"/> 市区町村へ自己負担分(3割または2割分)を請求する場合や医療費控除等で必要な場合は事前にコピーを保管ください。	月	日
	法定給付			月	日
	付加給付			日	日間
	※備考			日	円
			(※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 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。

② 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。

① 標題の「被保険者」「家族」は該当する方を○で囲んで下さい。

被保険者証の記号番号		事業所の名称 TEL	〇〇〇 株式会社	
記号	〇〇〇	番号	〇〇〇	048 ( 000 ) 0000
対象者	氏名 <b>川工 花子</b>	対象者の生年月日 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 <b>平成</b>	被保険者との続柄	<b>長女</b>
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ください。 <input type="checkbox"/> にチェックしてください。	① <input checked="" type="checkbox"/>	医師の指示により、治療用装具を作成・購入したため。 ※装具の装着が必要である旨を示した「医師の意見書」と「装具の領収書」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提示できなかったため。 ※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→【 1 】		
傷病名	<b>扁平足</b>	発病または負傷の年月日	29年 不明 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。 <b>疲労の蓄積によるもの</b>			
傷病の経過	<b>整形外科へ〇回通院したが、改善されず、装具を着用して経過を観察することになった。</b>			
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
	〇〇病院	埼玉県川口市〇〇 〇-〇-〇		石田 〇〇
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	装具装着日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	装具購入金額	〇,〇〇〇 円
第三者の行為によって負傷したものであるか	ある <b>ない</b>	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		第三者の氏名・住所と連絡先 (不明の場合) 連絡先 不明理由
上記のとおり申請します。		平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
川口工業健康保険組合理事長 殿		〒 000 - 0000 電話番号 048 ( 000 ) 0000		
被保険者の住所		埼玉県川口市〇〇 〇-〇-〇 ABCマンション〇〇〇号室		
被保険者の氏名		<b>川工 太郎</b>	生年月日	昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
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受取り方の件を委任いたします。 被保険者の氏名 <b>川工 太郎</b>			
※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。				

はっきりとわからない場合はわかる範囲でご記入ください。

「医師の意見書」等に記載の日付をご記入ください。

「装具の領収証」等に記載の金額をご記入ください。

「ある」の場合は、第三者行為による被害届が必要ですので、「ある」の方で届を出していない方は一度当組合にご連絡ください。

2箇所押印してあるかをご確認ください。

支 払 決 議 書	常務理事	事務局長	業務課長	係長	係	何年	何月	何日	何曜日	月	日		
	提出前確認事項										月	日	
	法定給付	<input type="checkbox"/> 記入漏れ・印漏れ(計2箇所)はないか。 <input type="checkbox"/> 「診療報酬明細書」と「領収書」は原本を添付しているか。 ※医療機関等によっては、文書名が異なる場合があります。										日	日間
	付加給付	<input type="checkbox"/> 月をまたがる場合、月ごとに申請書が用意されているか。 <input type="checkbox"/> 市区町村へ自己負担分(3割または2割分)を請求する場合や医療費控除等で必要な場合は事前にコピーを保管ください。										日	円
※備考											(上)		
書											着衣	(※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 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。  
 ② 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。  
 ① 標題の「被保険者」「家族」は該当する方を○で囲んで下さい。

被保険者証の記号番号		事業所の名称 TEL	〇〇〇 株式会社	
記号	〇〇〇	番号	〇〇〇	048 ( 000 ) 0000
対象者	氏名	フリガナ	対象者の生年月日	被保険者との続柄
	川工 花子	カワコウ ハナコ	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成	長女
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 ※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」 ※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		
	②	<input checked="" 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	気管支炎		発病または負傷の年月日	29年 3月 下旬日 (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。 ウイルス感染と思われる。			
傷病の経過	咳が出ていたのですが、薬を処方していただき、今は治まっています。			
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	
	〇〇病院	埼玉県川口市〇〇 〇-〇-〇	石田 〇〇	
上記の申請理由が②③の場合	診察期間	自 平成 29年 4月 1日 ~ 至 平成 29年 4月 25日 6 日間		
上記の申請理由が①の場合	器具装着日			
第三者の行為によって負傷したものであるか	ある	第	円	
	ない	その		
上記のとおり申請します。	川口工業健康保険組合理事長 殿		平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	〒 000 - 0000	電話番号	048 ( 000 ) 0000	
	被保険者の住所 埼玉県川口市〇〇 〇-〇-〇 ABCマンション〇〇〇号室			
	被保険者の氏名		川工 太郎	生年月日 昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
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受取り方の件を委任いたします。			
	被保険者の氏名		川工 太郎	
※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。				

はっきりとわからない場合はわかる範囲でご記入ください。

月をまたがる場合は月ごとに申請が必要になります。  
 (例) 4月1日、4月20日、5月6日受診分を請求の場合  
 ①4月1日~4月20日 2日間 の申請書  
 ②5月6日~5月6日 1日間 の申請書 計2枚 申請が必要になります。

「ある」の場合は、第三者行為による被害届が必要ですので、「ある」の方で届を出していない方は一度当組合にご連絡ください。

2箇所押印してあるかをご確認ください。

支 払 決 議 書	常務理事	事務局長	業務課長	係長	係	何年	何月	何日	何曜日	月	日		
	提出前確認事項										月	日	
	法定給付	<input type="checkbox"/> 記入漏れ・印漏れ(計2箇所)はないか。 <input type="checkbox"/> 「診療報酬明細書」と前保険者に支払った「領収書」は原本を添付しているか。 ※「診療報酬明細書」は封筒に入っており、開けずに封筒のまま添付してください。										日	日間
	付加給付	<input type="checkbox"/> 月をまたがる場合、月ごとに申請書が用意されているか。 ※期間がわからず、当組合に届いた申請書が不足する場合はご連絡をさせていただきます。										日	円
※備考													
											(※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 請求人の住所記入の際には〇〇方またはアパート名などを明記してください。

② 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。

① 標題の「被保険者」「家族」は該当する方を○で囲んで下さい。

被保険者証の記号番号		事業所の名称 TEL	〇〇〇 株式会社	
記号	〇〇〇	番号	〇〇〇	048 ( 000 ) 0000
対象者	氏名	フリガナ	対象者の生年月日	被保険者との続柄
	川工 花子	カワコウ ハナコ	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成	長女
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ください。 <input type="checkbox"/> 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 checked="" 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	気管支炎		発病または負傷の年月日	29年 3月 下旬日 (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。 ウイルス感染と思われる。			
傷病の経過	咳が出ていたのですが、薬を処方していただき、今は治まっています。			
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	
	〇〇病院	埼玉県川口市〇〇 〇-〇-〇	石田 〇〇	
上記の申請理由が②③の場合	診察期間	自 平成 29年 4月 1日 ~ 至 平成 29年 4月 25日 6 日間		
上記の申請理由が①の場合	器具装着日	月をまたがる場合は月ごとに申請が必要になります。 (例) 4月1日、4月20日、5月6日受診分を請求の場合 ①4月1日~4月20日 2日間 の申請書 ②5月6日~5月6日 1日間 の申請書 計2枚 申請が必要になります。 当組合に届いた申請書が不足する場合、ご連絡させていただきます。		
第三者の行為によって負傷したものであるか	ある	第三		
	ない	その		
上記のとおり申請します。	川口工業健康保険組合理事長 殿		平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	〒 000 - 0000	電話番号	048 ( 000 ) 0000	
	被保険者の住所 埼玉県川口市〇〇 〇-〇-〇 ABCマンション〇〇〇号室			
	被保険者の氏名		川工 太郎	生年月日 昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
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受取り方の件を委任いたします。			
	被保険者の氏名		川工 太郎	
※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。				

はっきりとわからない場合はわかる範囲でご記入ください。

月をまたがる場合は月ごとに申請が必要になります。  
 (例) 4月1日、4月20日、5月6日受診分を請求の場合  
 ①4月1日~4月20日 2日間 の申請書  
 ②5月6日~5月6日 1日間 の申請書 計2枚 申請が必要になります。  
 当組合に届いた申請書が不足する場合、ご連絡させていただきます。

「ある」場合は、第三者行為による被害届が必要ですので、「ある」の方で届を出していない方は一度当組合にご連絡ください。

2箇所押印してあるかをご確認ください。