

支 払 決 議 書	常務理事	<p style="text-align: center;">提出前確認事項</p> <input type="checkbox"/> 記入漏れはないか。 <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。 また靴型装具の場合は写真の添付があるか。 ※「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	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
家族
療 養 費 支 給 申 請 書
(第 〇 回)

※「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 と こ ろ	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 カワコウ ハナコ		対象者の生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成 〇〇	被保険者との続柄	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 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。 <small>※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 靴型装具の申請は、上記に加えて「靴の全体像が分かる写真」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</small>					
		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。 <small>※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</small>					
		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。 <small>※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</small>					
		④	<input type="checkbox"/> その他 詳細記入→【 <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 5px;">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。</div>					
	傷病名	偏平足		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。 疲労の蓄積によるもの						
	傷病の経過	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。						
	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 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日 日間					
	上記の申請理由が①の場合	装具装着日	令和 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	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		<small>第三者の氏名と住所と連絡先 (不明の場合は)</small> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">「医師の意見書」等に記載の日付をご記入ください。</div> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;">「装具の領収証」等に記載の金額をご記入ください。</div>			
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		川工 太郎 生年月日 昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日						
委任状	<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑) 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を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。

社 会 保 険 労 務 士 記 入 欄

「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。

決 裁 日 付 印 受 付 日 付 印