

支給金額	円			
支給期間	平成	年	月	日～
	平成	年	月	日 日間

常務理事	事務長	担当

- 被保険者
 被扶養者

療養費支給申請書

愛知製鋼健康保険組合 理事長 殿

平成 年 月 日

健康保険証の 記号・番号			事業所名			
被保険者氏名	㊦		生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	
被保険者の住所	〒		Tel ()		-	
申請が被扶養者 に関するときは	氏名		生年 月日	昭和 平成	年 月 日	続柄
傷 病 名				発病または 負傷年月日	年 月 日	
発病または 負傷の原因						
診療を受けた 病 院 等	名 称			所在地	〒	
	医師名				-	
診療の内容						
診療の期間	平成	年	月	日から	入院・通院の別 入院・通院	診療に要 した費用
	平成	年	月	日まで		
保険証を提示で きなかつた理由						
第三者行為によ るものですか？	いいえ・はい		相手の氏名			
			相手の住所	〒		
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。					受付日付印 
	平成 年 月 日					
	被保険者（請求者）氏名 ㊦					
	代 理 人 の 氏 名 と 印	(フリガナ)		㊦		
	代 理 人 の 住 所	〒				

(添付書類) ㊦ 原本を添付ください。

① 治療用装具（コルセット）費用請求のとき
医師の証明書と治療用装具の領収書

② 健康保険証なしに病院で治療を受けたとき
領収明細書または領収書と診療報酬請求明細書

保険給付を受ける権利の時効（消滅期間）は2年間です。

給付金は「給付金支給決定通知書兼医療費のお知らせ」でご確認ください。

・愛知製鋼(株)の方は給与上乘せ ・他事業所の方は届出されている口座振込

健 保 使 用 欄	資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日	標準報酬月額	千円
		医療費 (a)	支給率 (b)	足切り額 (c)	金額 (a × b - c)	
	法定給付	円	割			円
	付加給付	円			円	円