

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	装具の装着など					
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 円
	平成	年	月	日まで		
保険証を提示できなかった理由	装具の製作費は、保険上現金扱いのため					
第三者行為によるものですか？	<input checked="" type="radio"/> 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 療用装具（コルセット）費用請求のとき  
 ・ 医師の証明書  
 ・ 治療用装具の領収書  
 ・ 装具の写真
- 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

令和 待遇	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