

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	10	123456	事業所名	愛知製鋼 株式会社		
被保険者氏名	愛知 太郎 ㊟		生年月日	昭和 平成	50年	4月 20日
被保険者の住所	〒476-0003 東海市荒尾町大脇90番地			TEL (052) 111-1111		
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	坐骨骨折			発病または 負傷年月日	平成18年 2月 20日	
発病または 負傷の原因	階段から転倒					
診療を受けた 病院等	名称	中央病院		所在地	〒476-0003 東海市荒尾町丸根1-1	
	医師名	東海 一郎				
診療の内容	装具の装着など					
診療の期間	平成18年 3月 1日から 平成18年 3月 1日まで		1日間	入院・通院の別 入院・ <u>通院</u>	診療に要 した費用	30,000円
保険証を提示で きなかった理由	装具の制作費は、保険上現金扱いのため					
第三者行為によ るものですか？	<u>いいえ</u> ・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。

- ・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 海田書	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