

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	〒 ( )					
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	日間	入院・通院の別	診療に要 した費用	円	
	平成 年 月 日まで		入院・通院			
保険証を提示で きなかった理由						
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。 平成 年 月 日 被保険者（請求者）氏名					受付日付印 
	代理人の 氏名と印	(フリガナ)				
	代理人の 住所	〒				

(添付書類)

パスポート(写) ①申請者の写真のページ ②出国、入国の確認できるページ

③原本を添付ください。

医科：①領収書 ②診療内容明細書 様式 A ③領収明細書 様式 B

歯科：①領収書 ③領収明細書 様式 B ④医科診療内容明細書 様式 C

(②、③、④日本語記入されていない場合は必ず、邦訳を記入してください。医師以外でも構いません)

同意欄	療養を受けた海外の医療機関等に愛知製鋼健康保険組合が 文書等により当申請内容を照会することに同意します。 被保険者 印
-----	---

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」でご確認下さい。

・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	