

支給金額	円			
支給期間	平成	年	月	日～
	平成	年	月	日 日間

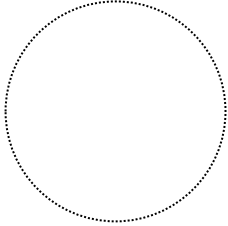
常務理事	事務長	担当

- 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	右足外部挫傷			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	登山中に転倒					
診療を受けた 病院等	名称	長野病院		所在地	〒395-0055 長野県飯田市旭町1-1	
	医師名	長野 一郎				
診療の内容	外傷の緊急処置					
診療の期間	平成18年 3月 1日から			入院・通院の別	診療に要 した費用	10,000円
	平成18年 3月 1日まで					
入院・通院の別				入院・ <u>通院</u>		
保険証を提示で きなかつた理由	旅行先に保険証を持って行かなかった					
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。

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。

・愛知製鋼側の方は給与上乘せ・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