

療養費・家族療養費 支給申請書

常務理事	事務長	担当者	担当者

被保険者(本人)の 記号 123 番号 456789 氏名 健保 太郎

申請対象者 氏名	健保 一郎	本人との 続柄	長男	生年月日	昭和 平成 令和 00年00月00日
傷病名	急性胃炎		発病または負傷の 年月日		令和 00年00月00日
疾病または 負傷の経過	00月00日、旅行先で急に胃が痛み出し、発熱した。				
発病または 負傷の原因	不明				
保険診療を 受けられな かった理由	旅行先で保険証を携帯していなかった時に発症し、やむを得ず受診したため。				
添付書類	必須：「続紙」（ご不明な場合は所属事業所の健保担当者にお問い合わせください） 第三者行為の傷病のとき：「第三者の行為による傷病届」を必ず添付して下さい				

医療機関で 受診した場合	診療を受けた医療機関	0000医院		診療を受けた 医師の氏名	00 00
	医療機関の 所在地	××県××市×××0-0		電話番号	(000) 0000 - 0000
	診療の期間	令和 00年00月00日 から 令和 00年00月00日 まで (00) 日間			
	診療に 要した費用	00,000 円	備考		
	添付書類	必須：医療機関発行の「診療明細書(レセプト)」と 診療に要した費用の「領収証」			

装具を装着 した場合	診療を受けた医療機関			診療を受けた 医師の氏名	
	医療機関の 所在地			電話番号	() -
	装具の製作 をした所			装具を装着 した年月日	令和 年 月 日
	装具装着に 要した費用	円 備考			
	添付書類	必須：装着に要した費用の「領収書」、医師の「意見書および装具装着証明書*」 * 弾性着衣等の場合は「弾性着衣等装着指示書」、小児弱視等の治療用眼鏡等作成は 「指示書」と「検査書」、靴型装具の場合は「現物写真」を必ず添付して下さい。			

上記のとおり 支給申請します

令和 **00年00月00日** 支給申請者

〒 **000 - 0000**
住所 00県00市△△△9-9

川崎汽船健康保険組合 理事長殿

氏名 健保 太郎

組合 使用 欄	支給期間 H/R 年 月 日から H/R 年 月 日まで 日間
	支給決定金額 円 給付金 令和 年 月 日 支払日

受付年月日