

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 _____ 番号 _____ 氏名 _____

申請対象者 氏名	本人との 続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
傷病名	発病または負傷の 年月日		令和	年 月 日
疾病または 負傷の経過				
発病または 負傷の原因				
保険診療を 受けられな かった理由				
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	診療を受けた 医師の氏名		
	医療機関の 所在地	電話番号	()	—
	診療の期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで () 日間		
	診療に 要した費用	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 年 月 日 支給申請者

住所 _____

川崎汽船健康保険組合 理事長殿

氏名 _____

受付年月日

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