

(注意事項) 輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか、これに要した費用の『領収書』を添付して下さい。

(注) この申請書には診療内容明細書を添付して下さい。

| | | | | | | |
|---|--------------------|---------------------|----------------|--------------------|---------|--------------|
| 被保険者証の 記号・番号 | 記号 | 被保険者が勤務する(していた)事業所の | 名称 | | | |
| | 番号 | | 所在地 | TEL () | | |
| 傷病名 | | | 発病又は負傷の 年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 発病又は 負傷の原因 | | | | | | |
| 傷病の経過 | | | | | | |
| 診療又は手当を 受けた医療機関 の名称・所在地 及び医師の氏名 | 名称 | | | 国名 | | |
| | 氏名 | | | 所在地及び 電話番号 | TEL () | |
| 診療又は 手当の内容 | | | 入院期間 | 自 | 年 | 月 |
| | | | 至 | 年 | 月 | 日 |
| | | | コルセット装着日 | 年 | 月 | 日 |
| 診療又は手当 を受けた期間 | 自 | 年 | 月 | 日 | | |
| | 至 | 年 | 月 | 日 | | |
| | | | (日間) | 診療又は手当に 要した費用の額 | | |
| 療養の給付又は特定療養費 もしくは家族療養費の支給を 受けることができなかった理由 | 海外で療養を受けたため。 | | | | | |
| 第三者の行為 による負傷で あるとき | その事実 と届出の 有無 | | | 加害者の氏名 | | |
| | | | | 加害者の住所 | | |
| 被扶養者に関 する申請のとき | 氏名 | | | 生年月日 | 年 | 月 |
| | | | | | 日 | 被保険者 との続柄 |
| 上記の通り申請します。 年 月 日 | | | | | | |
| 住所 | | | | | | |
| 被保険者の TEL | | | | | | |
| 氏名 (印) | | | | | | |
| 日新電機健康保険組合理事長殿 | | | | | | |

私の受ける上記給付金の受領方を

日新電機株式会社 社長 _____ に委任します。

支給決定及び支給決議額

| 常務理事 | 事務長 | 係 | 支給年月日 | 法定給付 | 付加給付 | 合計 |
|------|-----|---|-------|------|------|----|
| | | | 年 月 日 | | | |