

支給申請書（第 回）

被 保 険 者 の 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 氏 名			事業所の名称		
	従 業 員 番 号			所 属		
	傷 病 名			発病又は負傷 の 年 月 日	年 月 日 (負傷の場合は 時 頃)	
	発病又は負傷 の 原 因					
	傷病の経過					
	診療を受けた 医師歯科技師 その他の者の	氏 名				
		住 所				
	診療の内容					
	診 療 日	年 月 日	診療に要した 費 用 の 額	¥		
	療 養 給 付 を 受 け る こ と のできなかった理由	装具・コルセット装着、輸血、 保険証不携帯 その他()				
申請が被扶養者 に関するときは その者の	氏 名			被 保 険 者 との続柄		
	生 年 月 日	年 月 日				

療 養 費
上記の 第二家族療養費 を申請します。
なお私の受ける上記給付金の受領方を事業所名 _____ 社長 _____ に委任します。
年 月 日

住 所 _____
被 保 険 者
氏 名 _____ 印

日新電機健康保険組合理事長 殿

支給決定及び支給決議額

常務理事	事務長	係	支 給 月 日	法定給付	付加給付	合 計
			年 月 日			

※添付書類

- 装具・コルセット装着の場合 ①医師の意見書（診断書） ②装着証明 ③領収書
④装具装着状態の写真（靴の中に入れるタイプの装具は、装具と靴を並べた写真）
- 保険証不携帯の場合 ①領収書 ②診療報酬明細書（レセプト）又は領収明細書
- 小児弱視等の治療用眼鏡の場合 ①治療用眼鏡の領収書 ②治療用眼鏡等の作成指示書の写し
③検査結果（②に記載の場合は不要）

注）傷病が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者の行為による傷病届」を添付して下さい。