

被 保 険 者 の 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 氏 名			事 業 所 の 名 称		
	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	—		所 属	部 課 (内線 )	
	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 の 期 間 又 は 装 着 日	自 年 月 日	至 年 月 日	日 間	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	その他 コルセット装着 ・ 輸血 ・ 保険証不携帯 ・ ( )				
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 生				

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日新電機株式会社 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

- 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
- 保険証不携帯の場合 ① 診療報酬明細書 (レプト) 又は領収明細書 ② 領収書
- 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。