

<提出> 被保険者→事業主(会社)→横河電機健康保険組合

科目	款	項	目
期日			
支給額	円		

承認印	常務理事	事務長	係

資格	得喪	

療養費・療養付加金支給申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	①申請書提出年月日	令和 年 月 日		
	②被保険者証の記号・番号	記号		番号
	③被保険者氏名	印		
	④被保険者住所電話番号	日中連絡のとれる電話番号 () <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他		
	被扶養者(家族)に関する申請であるとき			
	⑤被扶養者氏名		⑥続柄	
	⑦傷病名			
	⑧発病または負傷の年月日	平成 令和	年 月 日	⑨第三者行為によるものですか はい・いいえ
	⑩発病または負傷の原因			
	⑪診療を受けた医療機関	名称		
		所在地		
	⑫診療の内容		⑬診療に要した費用の額	円
	⑭診療を受けた日(診療期間)	平成 令和	年 月 日から 年 月 日	(診療を受けた日数) 日間
	⑮上記の期間に入院していた場合はその期間	平成 令和	年 月 日から 年 月 日	日間
	⑯療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 保険証交付手続き中だったため <input type="checkbox"/> あはき療養費は償還払い制度のため <input type="checkbox"/> 治療用装具購入先が保険契約なきため <input type="checkbox"/> その他 ()		

令和1年6月改訂

受付日付印

※ この申請に基づく給付金は事業主(会社)経由で支給し、支給決定額は「給付金支給決定通知書」にてお知らせいたします。

【個人情報の取り扱いについて】

本申請書に記入された個人情報は、本申請に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。