

科目	款	項	目
期日			
支給額	円		

承認印	常務理事	事務長	係

記入例：急病

資格	得喪	

療養費・療養付加金支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	①申請書提出年月日	令和	1	年	12	月	15	日					
	②被保険者証の記号・番号	記号	●●●	番号	▲▲▲								
	③被保険者氏名	健保 太郎			印								
	④被保険者住所電話番号	東京都武蔵野市〇〇 1-1-1			日中連絡のとれる電話番号 (0422 - ×× - □□□□) <input checked="" 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	健保 花子			⑥続柄	長女							
	⑦傷病名	インフルエンザ											
	⑧発病または負傷の年月日	平成 令和	1	年	12	月	1	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	学校で急に悪寒がして高熱が出た											
	⑪診療を受けた医療機関	名称	●●病院										
		所在地	東京都武蔵野市〇〇 2-2-2										
	⑫診療の内容	診察・検査・投薬治療			⑬診療に要した費用の額	8,700 円							
	⑭診療を受けた日(診療期間)	平成 令和	1	年	12	月	1	日から	年	月	日	(診療を受けた日数)	1 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (急に病院にかかることになり保険証を持っていなかったため)											

横河電機健康保険組合

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。