

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											
	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を経由し支給します。
※支給決定額は「医療費のお知らせ兼給付金支給決定通知書」にてお知らせします。

【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。

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	

記入例：治療用装具

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 8 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				
	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	アキレス腱断裂				
	⑧発病または負傷の年月日	平成 令和	1 年 6 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	サッカー試合中に転倒し負傷				
	⑪診療を受けた医療機関	名称	●●整形外科			
		所在地	東京都武蔵野市〇〇 2-2-2			
	⑫診療の内容	手術・装具治療		⑬診療に要した費用の額	72,000 円	
	⑭診療を受けた日(診療期間)	平成 令和	1 年 6 月 1 日から 1 年 7 月 31 日 (診療を受けた日数)			
	⑮上記の期間に入院していた場合はその期間	平成 令和	1 年 6 月 3 日から 1 年 6 月 10 日 8 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 checked="" 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 ()				

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を経由し支給します。
※支給決定額は「医療費のお知らせ兼給付金支給決定通知書」にてお知らせします。

【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。