

支給金額	円
支給期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日 日間

常務理事	事務長	担当

- 被保険者
 被扶養者

療養費支給申請書

愛知製鋼健康保険組合 理事長 殿

令和 6年 12月 10日

被保険者情報 記号・番号	10	123456	事業所名	愛知製鋼 株式会社		
被保険者氏名	愛知 太郎 ㊦		生年月日	昭和 平成	50年 4月 20日	
被保険者の住所	〒476-0003 東海市荒尾町大脇90番地			Tel (052) 111-1111		
申請が被扶養者 に関するときは	氏名	生年月日	S・H・R	年 月 日	続柄	
傷病名	右足外部挫傷			発病または 負傷年月日	平成 令和	6年 12月 3日
発病または 負傷の原因	登山中に転倒					
診療を受けた 病院等	名称	長野病院	所在地	〒395-0055 長野県飯田市旭町1-1		
	医師名	長野 一郎				
診療の内容	外傷の緊急処置					
診療の期間	令和 6年 12月 3日から 令和 6年 12月 3日まで	1日間	入院・通院の別	診療に要 した費用	10,000円	
			入院・ 通院			
保険適用されな かった理由	旅行先で健康保険加入を証明できるものがなかった					
第三者行為によ るものですか？	いいえ ・はい	相手の氏名				
		相手の住所	〒			
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日					
	被保険者（請求者）氏名	㊦				
	代理人の 氏名と印	(フリガナ)	㊦			
	代理人の 住所	〒 -				

(添付書類) ㊦原本を添付ください。

- ① 治療用装具（コルセット）費用請求のとき
・装具作製確認書
・医師の証明書
・治療用装具の領収書
・装具の写真
- ② 保険適用されずに病院で治療を受けたとき
・領収書
・診療報酬明細書または領収明細書

保険給付を受ける権利の時効（消滅期間）は2年間です。

給付金は「給付金支給決定通知書兼医療費のお知らせ」でご確認ください。

給付金は給与上乘せでお支払い致します（任意継続の方のみ届出されている口座振込）

健保 使用 欄	資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日	標準報酬月額	千円
		医療費 (a)	支給率 (b)	足切り額 (c)	金額 (a × b - c)	
	法定給付	円	割		円	
	付加給付	円		円	円	

令和6年12月改訂