

様式 40

事業主 經由  
JFE健康保険組合 行

常務理事	事務長	室長	担当

被保険者療養費・一部負担還元金  
家族療養費・家族療養付加金

兼高額療養費 支給申請書

該当者 いずれかに○印	本人
	家族

被 保 者 記 入 欄	記号	番号	会社名	所 属 電話番号				
	受診者氏名		続柄	生年月日	年	月	日	
	傷病名			診療開始日	年	月	日	
	診療期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	1. 入院 2. 外来	総医療費		円	
	医療機関名 および医師名					1. 保険医 2. 保険外医師		
	傷病の原因	第三者行為 ・ 私傷病 (外傷の場合は傷病原因届を提出して下さい。)						
	保険診療を受けられ なかった理由 (該当番号に○印)	1. コルセット・ギプス代 2. あんま・マッサージ治療 3. はり・きゅうの治療 4. その他… 詳細に記入して下さい。 〔 〕						
	希望送金先 (退職者のみ)	銀行名	ゆうちょ銀行不可		銀行コード			預金種別
		支店名			支店コード			普通 当座 貯蓄
		口座名義	カタカナで記入		口座番号			
上記の通り請求いたします。JFE健康保険組合から支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 〒								
被保険者住所 _____								
被保険者氏名 _____ 電話番号 _____								
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。								
				支給対象額	支払区分	健保受付印		
				円	1. 個人 2. 任継 上記以外事業主			

## 注 意 事 項

1. 文字は、わかりやすく書いてください。  
住所は何棟、何号室、何々方等最後まで書いてください。
2. この請求証は、被保険者記入、押印後、コルセットのときは医師の証明書および領収書、診療費のときは診療報酬明細書（レセプト）および領収書を添付して事業主を経由し健康保険組合に提出してください。
3. 原則として20日までに請求された分については、翌月の20日に事業主に支払い、事業主から被保険者への支払いとなります。
4. 退職その他で会社給与のない方にはご希望の金融機関（ゆうちょ銀行不可）宛に送金しますので、希望送金先を記入してください。  
なお、任意継続被保険者は郵便貯金口座に送金します。
5. 送金の場合、金融機関の休日等の都合で指定口座への入金が3～5日送れますのであらかじめご了承ください。
6. 請求印は、必ず押印してください。

JFE健康保険組合所在地	〒	TEL	FAX
東京都千代田区内幸町一丁目3番3号 内幸町ダイビル4階	100-0011	03-3597-3333	03-3597-3324