

事業主 經由
JFE健康保険組合 行

治療用めがね

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

1. 病院の作成指示書
2. 領収書・明細
すべて原本を添付して下さい。

添付書類

被 保 者 記 入 欄	記号	番号	会社名	所属
	1 2 3	1 2 3 4 5 6	〇〇〇(株)	電話番号 123-1234 〇〇部 〇〇課
	受診者氏名	健保太郎	続柄 長男	生年月日 平成・令和 〇〇年
	傷病名	弱視・斜視	診療開始日	平成・令和 〇〇年 〇月 〇日
	診療期間	年 月 日から 令和〇〇年 〇月 〇日まで	1 日間	1. 入院 ② 外来
	医療機関名 および医師名	(領収書の日付を記入) 〇〇〇病院	〇〇医師	総医療費 〇〇,〇〇〇 円
	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。 〔 治療用めがね 〕		
	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
		支店名		銀行コード
	口座名義	カタカナで記	口座番号	
<p>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。</p> <p>令和 〇〇年 〇月 〇日 〒123-1234</p> <p>被保険者住所 〇〇県〇〇市〇〇町</p> <p>被保険者氏名 健保 一郎 (健保) 電話番号 012-123-1234</p> <p>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。</p>				
支給対象額		支払区分		
円		1. 個人 2. 任継 上記以外事業主		

初診日を記入して下さい。

退職の方…記入して下さい
任意継続の方…記入不要
在職中の方…記入不要

記号・番号で申請の方は
記入の必要はありません。