事業主 経由 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

	3	水水 及	2/1/	.床.民门刀	H							
						2	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。 ^{領収書はお返し出来ませんので、必要の場合はコピーを}			添付書類		
	記号	番	号		会	社	名			出来ませんので、必要の場合 また、感熱紙ではお受けでも フノロー		
	1 2 3	1 2 3 4 5 6		○ ○ (株)		電話番号 123-1234				34		
	受診者氏名	经验者氏名 健保太郎 続柄					長男		月日	平成・令和○○年	L .	日を記入て下さい。
被	傷病名	傷 病 名 弱視・斜視					診			平成・令和	〇月	О В
保	診療期間	年 月 日				1 日間	1. 入院 ②外来 総医療費		00) 円	
	医療機関名および医師名			病院		○○医師			① 保険医 2. 保険外区		ねの代金を して下さい。	
険	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。)										
者	保険診療を受けられなかった理由 1. コルセット・ギプス代 2. あんま・マッサージ治療 3. はり・きゅうの治療なかった理由											うの治療
記		号に〇月		治療用めがね								
	※ 台24 人		行(ゆう	ゆうちょ銀行不可 銀行コード 退職の方…記入して下さい					預	金種別	
入	希望送金魚(退職者のる	み) 支			任	意継続の方	業続の方…記入不要 つの方…記入不要					当 座
欄			口座名義								貯 蓄	
	A 17 m	通り請求↓	〇月	C	日	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。
	世界											
	被保険	者氏名		健	保一	- 郎			宣話番号	012 - 123	- 1234	1
						る場合は、備考 るための添付書			備考欄			
						支給対象	象額	支払	区分	記号・番号	で申請の	D方は
								1.	個人	記入の必要は	まありま 	きせん。
							ш		任継			
							円	上記以外	外事業主			