

事業主 經由  
JFE健康保険組合 行

治療用装具作成

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	○	本人
いずれかに○印		家族

1. 病院の装着証明  
2. 領収書・装具の明細  
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 一郎			続柄			本人			生年月日			平成・令和 〇〇年		
	傷病名			〇〇〇			診療開始日			平成・令和 〇〇年 〇月 〇日			初診日を記入して下さい。					
	診療期間			年 月 日から 令和〇〇年 〇月 〇日まで			日間			1. 入院 ② 外来			総医療費			〇〇,〇〇〇 円		
	医療機関名 および医師名			(装着日を記入) 〇〇〇病院			〇〇医師			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			任意継続の方…記入不要 在職中の方…記入不要			口座番号			普通 当座 貯蓄					
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 〇〇年 〇月 〇日 〒123-1234						
被保険者住所			〇〇県〇〇市〇〇町															
被保険者氏名			健保 一郎			(健保)			電話番号 012-123-1234									
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。												備考欄						
支給対象額						支払区分												
円						1. 個人 2. 任継 上記以外事業主												
記号・番号で申請の方は記入の必要はありません。																		