

事業主 經由
JFE健康保険組合 行

保険証不携帯

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・調剤薬局それぞれの領収書ごと、又月ごとに申請書を記入して下さい。
2. 病院・調剤薬局の窓口でレセプトを請求して下さい。
3. 領収書 すべて原本を添付して下さい。

添付書類

初診日を記入して下さい。

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	健保花子	続柄 妻	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
	診療期間	平成〇〇年 〇月 〇〇日から 令和〇〇年 〇月 〇〇日まで	2日間	1. 入院 2. 外来
	医療機関名 および医師名	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。 出先で転倒し、保険証を持っていなかった		
	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	
			預金種別 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 健保太郎 (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。				
		支給対象額	支払区分	記号・番号で申請の方は 記入の必要はありません。
		円	1. 個人 2. 任継 上記以外事業主	

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

備考欄