

健 保 組 合			事業所担当者の 確 認 印
常務理事	グループ長	担当者	
			日付印

療 養 費 支 給 申 請 書
第 二 家 族 療 養 費 ・ 同 付 加 金

健 康 保 険 被 保 険 者 証		申請日		平成 年 月 日	
記 号	番 号 (右づめで記入)	事業所名			
		所 属 (または出向先)		部 室・グループ 課・工場	
被 保 険 者 の 氏 名		被保険者住所		〒	
(氏)	(名)	連 絡 先		自 宅 職場(外線) 内線	

氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要

被 保 険 者 記 入 欄	申請が被扶養者に関 するとき	氏 名	続 柄	生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成	
	申請者が医療費助成対象の 場合は該当する項目に○印		1. なし 2. 乳幼児 3. 心身障害 4. ひとり親 5. その他()			
	申 請 理 由 (該当に○印)		1. 保険医、または保険者の指定するものがない地域での受診事由の発生 2. 傷病が緊迫した状態で、止むを得ず保険医以外の医師に受診 3. 伝染病予防法により収容され、当然受けるべき療養の給付を受けなかった 4. 歩行補助器・コルセット・関節固定器の治療材料代(装着日: 月 日) 5. 柔道整復師等に骨折の応急措置を受けた 6. その他			
	事 由 の 詳 細					
	傷病名				第三者行為による かどうか	はい・いいえ
	発病又は 負傷の原因					
	発病又は 負傷年月日	平成 年 月 日	初診年月日	平成 年 月 日		
	診療期間	自 平成 年 月 日 日間	入院・ 通院	療養に 要した費用	円	
	診療または手当の内容					
	診療または手当を受けた 医 師 ・ 歯 科 医 師		医療機関名 住所 電話 氏名			
委任状 (任継者は 記載不要)	新日鐵住金健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。 ※自ら署名した場合も必ず押印ください 平成 年 月 日 被保険者氏名					

- (注) 1. 領収証(原本)及び診療の場合は診療報酬明細書(原本)を添付して下さい。
2. コルセット等に関する申請の時は「治療のため必要と認められる医療担当者の証明」及び「実費についての領収証書」を添付して下さい。
3. 申請理由が「6.その他」の場合は、「事由の詳細」欄に具体的な理由を記載してください。

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。
記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。
(注)マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印

受 付 日 付 印

健 保 記 入 欄	受 付 No.	
	法定給付額	円
	付加給付額	円
	支給決定額	円