健保記入

旭化成健康保険組合 殿

〈健保受付〉

伝票番号	

旭化成健康保険組合			

□本人（被保険者）
□家　　族

療養費・付加金支給申請書

本人（被保険者）記入

被保険者証の記号・番号（記号はどちらかを〇）		本人（被保険者氏名）	連絡先（TEL）
20 ・ 21			職場　・自宅　どちらかに〇 （　　）

所　属			
患　者 氏　名		傷病名	

発病・負傷の原因、及び経過	
第三者行為によるものですか	□はい　　□いいえ
「はい」の場合は、内容、第三者の氏名、住所を記入してください。	
被保険者証を使用できなかった理由（具体的に）	1　療養費（自費診療分） 2　治療用装具代 3　弱視用眼鏡、弱視用コンタクト作成 4　その他（　　）
お住いの自治体名（市区町村名）	
診療を受けた期間	入院期間　平成・令和　年　月　日 ～ 平成・令和　年　月　日 通院期間　平成・令和　年　月　日 ～ 平成・令和　年　月　日
診療を受けた病院名、病院所在地、医師の氏名を記入してください。	病　院　名　： 所　在　地　： 医師の氏名　：

上記のとおり申請いたします。　　令和　　年　　月　　日

必要提出書類（全て原本）　提出前にご確認ください。

1.一般診療の場合	2.治療用装具（コルセット等）の場合	3.弱視用眼鏡・コンタクト
□この申請書	□この申請書	□この申請書
□医師の治療内容の内訳	□治療上必要であるという医師の証明書	□医師の指示書または処方箋
□診療費明細書兼領収証	□領収証	□領収証
	□写真（靴型装具の場合）	

＊この申請書は、補装具・ギプス・コルセット・弱視用眼鏡・弱視用コンタクト等を作成した時、又は保険証未使用による全額自己負担の時に提出してください。保険適用外の治療などの場合には、該当しません。

〈注意〉修正する場合は、必ず訂正印を押してください。（修正液等不可）