

旭化成健康保険組合 殿

記入例



本人(被保険者)

家族

療養費・付加金支給申請書

従業員本人、または任継者本人の氏名です。家族名ではありません。

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○)		本人(被保険者氏名)		連絡先(TEL)	
	20	1234567	健保 太郎		(職場)自宅)どちらかに○ (0982-22-2912)	
	21					
	所属		旭化成 ○○工場 ○○課			
	患者氏名	健保 花子		傷病名	骨折	
	発病・負傷の原因、及び経過		スキーの際に転倒し骨折。現在、治療継続中			
	第三者行為によるものですか		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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(具多的に)		<input checked="" type="checkbox"/> 1 療養費(自費診療分) <input type="checkbox"/> 2 治療用装具代 <input type="checkbox"/> 3 弱視用眼鏡、弱視用コンタクト作成 <input type="checkbox"/> 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 元年 5月 1日	～	平成・令和 元年 5月 20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 : ○○○病院 所在地 : ○○市△△町◇丁目 医師の氏名 : ○○ ○○				
上記のとおり申請いたします。 令和 元年 5月 23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

- この申請書
- 医師の治療内容の内訳
- 診療費明細書兼領収証

2.治療用装具(コルセット等)の場合

- この申請書
- 治療上必要であるという医師の証明書
- 領収証
- 写真(靴型装具の場合)

3.弱視用眼鏡・コンタクト

- この申請書
- 医師の指示書または処方箋
- 領収証

*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)