

家族療養費支給申請書

きんでん健康保険組合理事長 殿

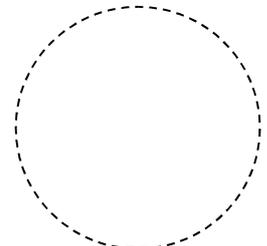
請求年月日 年 月 日

| | | | | | |
|--|---|-----------------------|-------------------------------|--------------|--------------------|
| 被 保 険 者 (本 人 請 求) | 被保険者等 | 記号 番号 | 氏名 | (年 月 日生) | 印 |
| | 住所 | (郵便が届くように書いて下さい) 〒() | | | |
| | 所属事業所 | (会社名) | (室・部・支店(社)) | (課・所) | |
| | 給付の対象となる被扶養者の | 氏名 | 生年月日 | 年 月 日 | 被保険者との続柄 |
| | 傷病名 | | | 発病又は負傷の年月日 | 年 月 日 |
| | 発病又は負傷の原因 | (怪我の場合、外傷届も提出すること) | | 傷病の経過 | |
| | 療養費の支給申請の理由 | | | 診療(手当)を受けた期間 | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 |
| | 診療(手当)を受けた病院(医師)等の | 住所(所在地) | | | 病院の名称 |
| | 診療(手当)の内容 | | | 診療(手当)に要した費用 | 円 |
| | 第三者による傷病ですか? (交通事故や喧嘩等) | () はい () いいえ | →(はい)の場合は「第三者行為による傷病届」を提出すること | | |
| 委任状 | 事業主を代理人として、健康保険組合より支給される 家族療養費 の受領を委任します。 年 月 日 被保険者氏名 印 | | | | |
| 請求が退職後または任意継続 特例退職被保険者の場合 | 支払希望の 銀行名 | 銀行 | 支店 | 普通 No. | |

| | | | | | | | | | |
|------------------|---------|-------|------|-----|---|---|---|------|-----|
| 組 合 処 理 | 支給決定額 | 円 | 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 | 係 | 資格照合 | 入力日 |
| | | | | | | | | | |
| | 資格取得日 | 年 月 日 | 備考 | | | | | | |
| | 資格喪失日 | 年 月 日 | | | | | | | |
| | 被扶養者認定日 | 年 月 日 | | | | | | | |

被保険者のマイナンバー記載欄
(記号・番号を記入した場合は記入不要)

受付印



※ 被保険者へのご注意

- この申請書には、診療(手当)に要した費用の証拠書類(診療の内訳を記入したもの)を必ず添付して下さい。
- コルセット等の装具については、医師の意見書、装具装着証明書を提出してください。