

(装具作成の場合)

同 年 月 日		年 月 日		資 格 得 年 月 日		常 務 理 事	事 務 長	担 当 者
支 給 額		拾 万 万 千 百 拾 円		前 始 年 月 日				
支 払 決 議 書	年度	厚生保険特別会計	健 定	記入不要				
	種 目	請 求	査 定					
	初 診							
	再 診							
	往 診							
投 薬			合 計					
注 射				一 部 負 担 金				

被保険者 健康保険 家族療養費支給申請書 (その1) (第 回目)

記入上の注意
ア、診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当を受けた場合は、(7)(8)(9)(10)(11)のように読み替えて記入して下さい。

(1) 被保険者証の	(記号) 1	(2) 事業所の名称と所在地 所属・電話	三菱UFJニコス(株) 東京都文京区本郷3-33-5 Tel 00-0000-0000	
(3) 傷病名	椎間板ヘルニア		(4) 発病又は負傷の年月日	〇〇年 〇月 〇日 (負傷の場合は 〇時頃)
(5) 発病又は負傷の原因	不詳			
(6) 傷病の経過	通院加療中			
(7) 診察を受けた病医院の	名称	〇〇〇整形外科	所在地	〇〇県 〇〇市 〇〇町 〇-〇〇
(8) 診療に従事した医師の	氏名	〇〇 〇〇	住所	〇〇県 〇〇市 〇〇町 〇-〇〇
(9) 診療の内容	コルセット装着			
(10) 診療の期間	自 〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇 日間	(11) 診療に要した費用の額	金 〇〇〇〇 円也
(12) 療養の給付を受けることができなかった理由	装具装着のため			
(13) 第三者の行為によって負傷したものであるか否か	ある <u>ない</u>	(14) 第三者の行為によって負傷したときは	その事実と届出の有無	ある・ない
(15) 申請が被扶養者に関するときはその者の	氏名	三菱 一郎	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
		被保険者との続柄	長男	
上記のとおり申請いたします。 〒000-000 住所 〇〇県 〇〇市 〇〇町 〇-〇〇-〇 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (社員番号 12345) 被保険者の 氏名 三菱 太郎 (印)				

領収書の返却	<u>希望する</u> ・ 希望しない	*どちらかに〇印をしてください
--------	---------------------	-----------------

保険証の記号1番・21番の在籍者は会社からの報酬支払時に上乗せ支給となりますので、記入不要です。それ以外の方はご本人名義の口座を下記にご記入ください。

給付金の振込希望銀行(旧郵便局不可)	銀行 店	
	預金の種別	普通・当座 号
	フリガナ	
	預金の名義人	

受付日付印