

1 1 0

裏面の記入上の注意をご確認のうえ記入して下さい。

制度の内容はこちらからご確認ください

健康保険 被保険者 家 族 療養費支給申請書

<注意事項>

1. 疾病の原因が外傷によるものである場合は、裏面の「負傷の原因について」にご記入下さい。
2. 診察等の費用に関する証明書類が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等を記載したもの）を添付して下さい。
3. 70歳以上等で老人保険に該当している人は、居住地の市区町村長へ請求して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者の 記号	9 0 0 0	②被保険者の 氏名と年令	木材 一郎		③	④
	番号	1 5		(49 才)			
	④申請者が被扶 養者に関する ときはその方の	⑦氏 名	健保 二郎	①生年 月日	大昭 平 60 年 〇 月 〇 日生	⑧被保険者 との続柄	子
	⑤被保険者の 住 所	〒 134 - 0081	江戸川区北葛西〇-〇-〇	TEL	03 (3658) 〇〇〇〇		
	⑥事業所の 名称と所在地	〒 134 - 0082	江東区新木場〇-〇-〇 (株) 健保材木店	TEL	03 (3647) 〇〇〇〇		
	⑦傷 病 名	アキレス腱断裂(左)		⑧発 病 又 は 負傷の年月日	平成 17 年 10 月 〇 日		
	⑨発 病 又 は 負傷の原因 及び経過	バレーボールをしていて負傷					
	⑩診療を受けた 病 医 院 の	⑦名称	〇〇病院	⑨診 療 し た 医 師 の 氏 名	東京 太郎		
		①所在地	江東区東陽〇-〇-〇				
	⑪診療の内容	短下肢装具		⑫診療に要し た費用の額	金	32,060	円也
⑬診療の期間	自平成 17 年 10 月 △ 日 至平成 17 年 10 月 △ 日 1 日間						
⑭療養の給付を 受けることが できなかった理由	装具業者と保険契約なき為						
⑮第三者の行為 によって負傷 したもので あるか否か	あ る ・ な い	⑯第三者の行 為によっ て負傷し たときは	その事実の届出の有無	あ る ・ な い			
			第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)				

平成 年 月 日 提出

※ 受 付 日 付 印

振込先金融機関	〇〇	銀行 信用金庫	〇〇	本店 支店
	預金種類	口座番号	口座名義人	
	1. 普通 4. 貯蓄	2323456	ケンポイチロウ (カタカナで記入願います)	

支払予定日

◎ 請求の際に今一度確認を！ “書きもれないか、印もれないか”

東京都木材産業健康保険組合

(記入上の注意)

1. 装具を作られた時の申請

⑪の診療の内容につきましては、作成された装具名を記入して下さい。

⑬の診療の期間につきましては、領収日を自の所に記入して下さい。

⑭の理由につきましては、「装具業者と保険契約なき為」と記入して下さい。

※添付書類 装具を作成する際の医師の証明書もしくは意見書と、装具の領収書

2. 自費診療を受けられた時の申請

すべてご記入下さい。

※添付書類

ア) 他保険で受診された時の申請

支払済の納入通知書兼領収証と診療報酬明細書

イ) 保険証を持たずに受診された時の申請

領収書と診療報酬明細書（診療報酬明細書がない場合は、それに代わる証明が必要となります。所定の用紙がございますので、当組合までご連絡下さい。）

3. おケガによる場合は、下記にご記入下さい。

「負傷の原因について」

《負傷状況》 17 年 10 月 ○ 日 (木) 午前・午後 4 時頃

工作中 通勤の途中 交通事故 第三者の行為 その他

どこで スポーツセンター

何をしていて 友人とバレーボールをしていて

どうなった 着地したときにアキレス腱が切れた

《負傷の状態（現在）》

リハビリ中（通院）