

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。

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					②被保険者の 氏名と年齢		③	⑩	
		番号							(才)		
	④申請者が被扶 養者に関するときはその方の	⑦氏 名				①生年 月日	大 昭 平	年 月 日生	⑨被保険者 との続柄		
	⑤被保険者の 住 所	〒						TEL ()			
	⑥事業所の 名称と所在地	〒						TEL ()			
	⑦傷 病 名							⑧発 病 又 は 負傷の年月日	平成 年 月 日		
	⑨発 病 又 は 負傷の原 因及び経 過										
	⑩診療を受けた 病 院 の	⑦名称				⑨診 療 し た 医 師 の 氏 名					
		①所 在 地									
	⑪診療の内容							⑫診療に要し た費用の額	金		円也
⑬診療の期間		自 平成 年 月 日			至 平成 年 月 日					日間	
⑭療養の給付を 受けることが できなかった理由											
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	銀 行 本 店 信用金庫 支 店		
	預金種類	口 座 番 号	口 座 名 義 人
	1. 普 通 4. 貯 蓄		(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》 年 月 日 () 午前・午後 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

何をしていた

どうなった

《負傷の状態（現在）》