

| | | | | | | |
|-----------|------|---------------|-----------|--|--|--|
| 支給 決議書 | 常務理事 | 事務局 | 備考(病名コード) | | | |
| | 支給期間 | 自 平成・令和 年 月 日 | | | | |
| | | 至 平成・令和 年 月 日 | | | | |
| | 証NO | 支給金額 | | | | |
| | | | | | | |

代筆・代理申請不可

*この線より上は請求者において記入しないこと

被保険者・療養費
被扶養者・第二家族療養費に○

在籍事業所・所属を記入(退職者は最終在籍部署)
任職者は記入不要

保険証上部に記載の記号・番号を記入

療養費・**第二家族療養費** 支給

| | | | | | |
|---|---------------------------------------|-------------|---|----|---------|
| 被保険者の記号番号 | 100 - 1234567 | 事業所の名称 | 帝人(株) | 所属 | 〇〇部〇〇〇〇 |
| 傷病名 | 骨折 傷病名を記入 | 手当の経過 | 装具装着 治療の内容を記入(装具の場合は 装具装着) | | |
| 発病又は負傷の年月日 | H27.3.9 | 手当てに要した費用の額 | 68,000円 医療機関に支払った金額 | | |
| 発病又は負傷の原因 | 遊んでいて転倒した | | 分かる範囲で記入 不明の場合は 不詳 | | |
| 診療又は手当てを受けた医療機関の 名称・所在地及び医師の氏名 | 帝人病院 大井 健太郎 愛媛県松山市〇〇〇町〇〇番地 | | 診療を受けた医療機関の名称・所在地・医師の氏名 | | |
| 療養の給付又は家族療養費の 給付を受けることができなかった理由 | 装具装着 | | 詳細に記入。保険証不携帯の場合は、なぜ不携帯であったか。 装具の場合は、装具装着 | | |
| 傷病が第三者の行為によるときは その事実並びに第三者の住所・ 氏名、不明なときはその旨 | 他人の行為が原因で発生した傷病の場合は、その内容・相手の住所・ 氏名 | | | | |
| 対象者の医療費助成受給者証 の有無 | 有・無 | | 対象者が医療費助成受給者証を持っているか 医療費助成受給者証とは、市区町村などからの医療費助成 (乳幼児・子ども・障がい・妊産婦など) | | |
| 申請が被扶養者に関するときはその者の氏名・生年月 日・続柄・年齢 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | |
| | 帝人 ふく | 長男 | 昭和 平成 令和 23 年 2 月 16 日 | 8歳 | |

被扶養者に関する届出の場合は、対象者の氏名・生年月日・続柄(長男・長女等)

上記の

在籍者は 3.給与振込み を選択。
退職者は 1.又は2. を選択(本人名義口座)

令和 1 年 5 月 25 日

〒 ××× - ××××

| | |
|------------------|--|
| 1. 銀行 支店 | |
| (口座種別) NO | |
| 2. 郵便局 (店番) (番号) | |
| 3. 給与振込み | |

請求者の住所

愛媛県松山市〇〇町〇〇-〇〇

氏名

帝人 太郎

被保険者の住所・氏名

*1, 2は退職者のみです。在籍者の方は、3を選択してください。

*任意継続者の方は健保への届出をしている口座への振込となります。

(TEL ×××× - ××× - ××××)

帝人グループ健康保険組合理事長殿

1. 自費診療費を請求するときは、領収書(原本)と手当てに関する証書類(医療機関よりの診療報酬明細書の写し※開封厳禁)を必ず添付すること。
2. コルセット代を請求するとき、それを必要と認めた医師の意見書と領収書(原本)を添付すること。