

(経路) 所属事業所社会保険担当→愛三工業健康保険組合

年 月 日 療 養 費 支 給 申 請 書
第二家族療養費

C / #	5 5	整 理 No.	組 合 記 入			
	7 5					

常務理事		
------	--	--

受 付 印	
健保組合	事業所

あ な た が 記 入 す る と こ ろ	社員		所 属	愛三工業(株) 愛三工業労組 愛協産業(株) A C S (株) 愛三熊本(株) 任意継続	被保険者					(印)					
	番号		事業所	本社 安城工場 豊田工場 その他	氏 名										
	被 保 険 者 証	所 属		自宅住所											
	記号	番 号	部 署	〒											
				Tel											
	受診者	続柄		性別	生年	年 月 日									
氏 名				月 日											
被保険者証を使用 しなかった理由															
発病 (負傷) の原因					発 病	年 月 日									
発病又は負傷が第三者の行為によるときは、その事実および第三者の氏名住所 事実経過					加害者氏名 住所 〒 Tel										
医 師 等 の 証 明	傷病名				診 療 開始日	年 月 日									
	支 給 項 目	治療用装具 その他 ()	申請の対象 となった期間	年 月 日から 年 月 日まで		診療 日数	日								
	入院・ 通院区分	入院 ・ 入院外		年 月 日											
	診療内容				住所										
	診療費 本人支払額	円			名称										
					氏名	(印)									
被保険者証未提示等で自費となった場合は診療報酬明細を添付ください															
組 合 記 入 欄	被 保 険 者	医療費					円	家	医療費						円
		療養費						円	第二家族 療養費						円
		一 部 負担金						円	族	一 部 負担金					円
	支給 区分	銀行振込		支給決定 年 月 日		年 月 日		備考							

※健保からの給付金は、給与の振込口座に振込みをさせていただきますので、ご了承ください。
支給時には給付金支給決定通知書を送付させていただきますので、ご確認ください。