支	常務理事	事務局長	事務局次長	業務課長	係長	伺	年 月 日	取得	昭和 平成	年	月	日
								年月日	令和			
払								喪 失 年月日	令和	年	月	日
	法定給付					円	支 給 期 間	令和	年	月	目	日間
決	付加給付					円	义 和 朔 间	令和	年	月	B	H l#1
	※備考							合計 金額				円
議								小児 弱視		年 月 満(1年以上) 上9歳未満(2年	日 更新以上)	
書	区分: 🧦	本人 ・ 六歳	家族	高一 · 高	7(高7被扶養者:	□被保険者	70歳未満の場合高一該当)	弾性 着衣	前回	年 月()	日 購入 ※前回より6ヵ月	経過後)

被保険者 療養費支給申請書 (第 回)

接保険者証の記号書号 事業所	/•·	※「被保険者」「家族」は該当する方を○で囲んで下さい。 被保険者証の記号番号 東楽族															
TEL		被保険者証			Eの記号番号		事業所										
### (1		記号			番号						()				
大学		<u> </u>			フリカ・ナ			1			昭和						
大学		分	象者								平成	年	月	В			
医師の指示により、治療用装具を作成・購入したため。 ※装具の装着が必要である旨を示した「医師の意見書とは製具の領収書」原本を添付 ※装具の装着が必要である旨を示した「医師の意見書とは製具の領収書」原本を添付 ※投票との業者が必要である旨を示した「医師の意見書とは製具の領収書」原本を添付 ※投票との書きを書き、した際の申請には「指示書」と「眼鏡の領収書」原本を添付 ※理性者な等を購入した際の申請には「増小者な等と増示書」と「眼鏡の領収書」原本を添付 ※理性者な等を購入したのかため。 ※返療機関の保険証を使用したため。 ※返療機関の保険証を使用したため。 ※返療機関が作成した「診療報酬明細書」と「領収書」原本を添付 当健康保険組合資格取得後または認定後に、前保険者の保険証を使用したため。 ※前保険者から送付された「診療報酬明細書」と「領収書」原本を添付 その他 詳細配入→ 「		,,,	-3K II	名					生生	-月日		,	, ,		との統林		
中請理由	被					師の指示	により、治療用装	具を作り	 龙•臓入	したたと	1 11						
#												[収書]原本	を添付				
	42.			1	※9歳未満の弱視斜視等の治療用眼鏡の申請には「指示書」と「眼鏡の領収書」原本を添付												
できないった。	<i>I</i> /N																
 () 理由を選んで ここだチュック してださい。 () 当健康保険組合資格取得後または認定後に、前保険者の保険証を使用したため。 ※前保険者から送付された「診療報酬明細書」と前保険者に支払った「領収書」原本を添付 () その他 詳細記入→【 ※前保険者から送付された「診療報酬明細書」と前保険者に支払った「領収書」原本を添付 () () その他 詳細記入→【 ※前人会額 ※前人会額 ※前人できない。 負傷の場合は「傷病原因扁」をご提出べださい。 () () () () () () () () () () () () () (受けるこ	ことが														
3	険	理由を通	量んで	2									0				
### (本の他 詳細配入→【 ②				_													
(多)	耂			3						•				-			
が	111			4		り他 詳細	細記入→【]
 発病又は負傷の原因 業群して記入ださい。負傷の場合は「傷病原因届」をご提出ください。 養病の経過 お察を受けた 医療機関の 上記の申請理由が ②③の場合 上記の申請理由が ①の場合 上記の申請理由が ①の場合 本と ま具装着日 令和 年 月 日 安 令和 年 月 日 ま具装着日 令和 年 月 日 装具購入金額 第三者の行為によって負傷したとうであるか。ない 有傷したときその事実の届出の有無 有・無 住所 不明理由 上記のとおり申請します。 一 生記のとおり申請します。 一 電話番号 () 			海岸 4								発病	または負債	易	年	i ,	月	日
記 養病の経過 入 診察を受けた 医療機関の 名 称 所 在 地 診察した医師の氏 す 上記の申請理由が ②③の場合 上記の申請理由が ①の場合 診察期間 自 令和 年 月 日 平 月 日 中 月 日 中 月 日 中 月 日 中 月 日 中 月 日 中 日 中	が	傷病名									0)	年月日	(負	傷の場	合は	時頃)
記 傷病の経過 入 診察を受けた 医療機関の す 上記の申請理由が ②③の場合 上記の申請理由が ①の場合 診察期間 自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日		70 F 7 11 7 F 7 F 7															
傷病の経過 名 称 所 在 地 診察した医師の氏 下	≑⊐	発	ば貝傷の	り原因													
入 診察を受けた 医療機関の 名 称 所 在 地 診察した医師の氏 す 上記の申請理由が ②③の場合 上記の申請理由が ①の場合 診察期間 自 令和 年 月 日 本 年 月 日 上記の申請理由が ①の場合 事三者の行為によって 負傷したとって 負傷したとって 負傷したとって 自傷したとって をの事実の届出の有無 右 ・ 無 住所 不明理由 本 十 年 月 日 本 年 月 日 本 年 月 日 本 年 月 日 本 年 月 日 本 年 月 日 本 年 月 日 本 年 月 日 本 年 月 日 本 年 月 日 本 年 月 日 本 年 月 日 本 年 月 日 本 年 月 日 本 年 日 日 本 年 本 年 月 日 本 年 本 年 月 日 本 年 本 年 月 日 本 年 年 月 日 本 年 本 年 年 月 日 本 年 本 年 年 月 年 日 本 年 年 月 日 本 年 年 月 日 本 年 年 月 日 本 年 日 本 年 日 本 年 日 本 年 日 本 年 月 日 本 年 日 本 年 月 日 本 年 日 年 月 日 本 年 日 日 本 日 本	古匚	傷病の経過															
大 診察を受けた 医療機関の す 上記の申請理由が ②③の場合 診察期間 自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日 と 上記の申請理由が ①の場合 装具装着日 令和 年 月 日 装具購入金額 第三者の行為によって 負傷したとき その事実の届出の有無 ものであるか ない 第三者の方の氏名と住所と連絡先 (不明理由 上記のとおり申請します。 令和 年 月 上記のとおり申請します。 令和 年 月 工業健康保険組合理事長 殿 元 電話番号 ()		診察を受けた		h	,	±l-		==		-t-r		Lile		-	= f= a	nt. h	
す 上記の申請理由が ②③の場合 診察期間 自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日 る 第三者の行為に よって負傷した ものであるか ある ない 第三者の行為によって 負傷したとき その事実の届出の有無 有 ・ 無 第三者の行為によって 負傷したとき その事実の届出の有無 有 ・ 無 第三者の行為によって 負傷したとき その事実の届出の有無 有 ・ 無 住所 下明理由 上記のとおり申請します。 令和 年 月 二 一 電話番号 ()	入			2		/小		P/T		1生		地	お祭した医師の氏		氏 名		
す ②③の場合 診祭期間 目 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日 上記の申請理由が ①の場合 装具装着日 令和 年 月 日 装具購入金額 第三者の行為によって 負傷したとさ その事実の届出の有無 ものであるか 第三者の方の氏名と住所と連絡先 (不明のときはその旨を記入してください。) 上記のとおり申請します。 有・無 住所 不明理由 上記のとおり申請します。 令和 年 月 工業健康保険組合理事長 殿 〒 電話番号 ()		医	療機関の	か													
タ 上記の申請理由が ①の場合 装具装着日 令和 年 月 日 装具購入金額 ある よって負傷した ものであるか 第三者の行為によって 負傷したとき その事実の届出の有無 有・無 第三者の方為によって 負傷したとき その事実の届出の有無 有・無 康絡先 上記のとおり申請します。 令和 年 月 川口工業健康保険組合理事長 殿 〒 一 電話番号 ()	4	②③の場合 上記の申請理由が		診察其	間	自	年	月	В	~ 至	令和	年	月	В		日間	
①の場合	-9			HZ AVMIPT L		H 14.1E	'				14.114					I 163	
#三者の行為に よって負傷した ものであるか ない 有 ・ 無 住所 不明理由 上記のとおり申請します。				装具装着日		令和	年 月 日		装具購入金		額			円			
と よって負傷したものであるか ない 有・無 住所 本明理由 上記のとおり申請します。 令和 年月 川口工業健康保険組合理事長 殿 〒 電話番号 ()	る	tete —			ある 第三		 者の行為によって	第三者の方の氏名と住所と連続				所と連絡先	 先 (不明のときはその旨を記入してください。)				
と ものであるか ない 有・無 住所 不明理由 上記のとおり申請します。 令和 年 月 川口工業健康保険組合理事長 殿 〒 電話番号 ()		よって負傷した		負傷し その事実の			氏名					連絡先					
上記のとおり申請します。	1,						住所		不明理由								
川口工業健康保険組合理事長 殿 〒 一 電話番号 ()	_	上記のとなり			 自語] ます		<i>ym</i>						L ·和	年	<u> </u>		日
〒 電話番号 ()						-	日ル					ĺì	1 H	7		1	Н
<u> </u>	Į, J	/リロコ	L美饵	上家保		世争坛	殿						,		`		
┃			_	电砧份写		首番号			()						
	7																
ろ 被保険者の氏名 生年月日 昭和 · 平成 年 月	6			被保険者	者の氏名						生年	三月日	昭和	平成	年	月	日
本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は♥)		本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)															
		委任!	-		事業主を代理人として健康保険組合より支給される本請求金額全額の受取り方の件を委任いたします。												
		女 山1/	`	ナベエで				10.の本間	コイル 11/2 17/2 17/2 17/2 17/2 17/2 17/2 17/2	,uk(^/	× 1000	ノイロです	< 11-4 .1-1	~ ~ 7 0			
被保険者の氏名																	
		※退職後等の申請で、上記に委任しない場合は、川口工業健康保険組合にお申し出下さい。															

社 会 保 険 労 務 士 記 入 欄