

秘 厳秘情報
複製禁止

健 保 使 用 欄	受 付		登 録		決 裁 常務理事	令 和 事務長	年 月 日 関 係 者	担 当
					受付番号 台帳記入	NO. 2 - 令和 年 月 日		
	支給額	法定			算 式	法定	円 × $\frac{70 \cdot 80}{100} =$	円
	付加				付加	円 × $\frac{30 \cdot 20}{100} =$	円	

再生紙（裏紙）の申請は不可

連絡先は業務時間内（9：00～17：00）に連絡
が取れる番号（内線・PHS・外線等）をご記入くだ

届出日を必ずご記入ください。

~~療 養 費~~ ~~家族療養費~~ ()
~~部負担還元金~~ ~~家族療養付加金~~ (付加)

申請書

中部電力健康保険組合 常務理事 殿 令和 〇〇 年 1 月 4 日 届出

被 保 険 者	被保険者証	記号	1	会社名・所属	〇〇 (株) △△支店××部××G		
		番号	12345	連絡先	☎ ×××-××××-××××		
が 記 入 す る こ ろ	被保険者氏名	健保 太郎		被保険者 生年月日	昭和 平成 〇〇 年 1 月 1 日		
	被扶養者に関する 申請の場合	氏 名	続 柄	生 年 月 日 昭和 平成 年 月 日 令和			
入 す る こ ろ	傷 病 名	う蝕症 歯髄炎		発病または 負傷年月日	平成 令和	〇〇 年 10 月 5 日	
	診療の内容	診察及び根管治療		原因、現在の状況を詳しくご記入ください。			はい
す る こ ろ	発病または負傷の原因 およびその経過	海外出張の際、突然歯が痛み出した。現在は良好。					
	診療を受けた 病院等	名 称	Eric Wong D. D. S	医師名	Eric Wong		
と こ ろ		所在地	1423 Irving Street San Francisco, CA	電話番号	領収書を参考にご記入ください。		
	装具購入日 または 診療期間	令和 〇〇 年 10 月 5 日 から	7 日間	装具購入ま たは診療に要した費用の額	1300USD = 145,556 円		
と こ ろ	療養の給付を受ける ことができなかった 理由	1. 業者に装具を依頼した 2. 保険証を 3. その他 (海外での治療のため)					
	診療を受けた者の 公費負担適用 有・無	有	1. 障害者 2. 母子家庭 3. 乳幼児・こども 4. その他 ()				無

必ずいずれかに○印をご記入ください。

必ずいずれかに○印をご記入ください。

◎必要書類

- ①治療用装具
 - ・保険医の同意書または証明書 (本書)
 - ・領収書 (業者発行本証)
 - ・装具写真貼付台紙
 - ・装具作製確認書
- ②医療費全額負担
 - ・診療報酬明細書 (レセプト※) または、診療内訳書 (当組合所定用紙) (開封厳禁)
 - ・領収書 (保険医発行本書)
 - ※医療機関ごとにレセプトの作成依頼と申請書の作成を行ってください。
- ③治療用眼鏡
 - ・医師の作成指示書 (病名および検査結果の入ったもの)
 - ・領収書 (治療用眼鏡と明記がある本書)