

常務理事	ユニットリーダー	シニアリーダー	リーダー	係

被 保 険 者 記 入 欄				装 具 装 着	領収書日付(装具装着日)		年 月 日			
被保険者証 記号・番号		—			医療機関名					
資格取得年月日		年 月 日			装具明細 (型番、材質など)	※内訳書（装具製品明細書）の内容を記入して下さい。				
対象者	□被保険者 □被扶養者					治療用眼鏡の場合	前回購入した日付 年 月 日			
	被扶養者のとき	氏 名					前回購入した時の年齢 歳			
		生年月日	年 月 日							
		続 柄								
療養給付を受けられなかった理由		□治療用装具装着								
傷 病 名										
発病又は負傷の年月日		年 月 日 （療養開始日）								
発病又は負傷原因 (いつ、どこで、 どのようにして)		※外傷性の原因の「不詳」は受け付けられません。			記載内容にて請求します。なお本金額の受領を下記事業主に委任します。 年 月 日					
入院、通院の別		□入院 □通院			被保険者 住所					
診療又は手当の期間・ 日数		年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)			被保険者 氏名					
傷病の経過及び手当の内容					事 業 主 記 入 欄					
診療・手当に要した額		円			事業主 名称					
					事業主 氏名					
診療・手当をした医療機関、医師・歯科医師		住 所				N X グ ル ー プ 健 康 保 険 組 合 記 入 欄				
		医療機関名				整 理 番 号				
		氏 名				決 定	金 額	(数式等)		
他者によるものか		□はい □いいえ			内 訳			円		
他者の行為による場合 (事故等)		どのような 状況で						法定給付額	円	
								付加支給対象額	円	