ＮＸグループ健康保険組合　理事長殿

店所名（支店コード）：

常務理事	ﾕﾆｯﾄﾘｰﾀﾞｰ	シニアリーダー	リーダー	係

療養費支給申請書・第二家族療養費支給申請書（装具）

※　領収書本通、医師の同意書等を添付し、治療用めがねの領収書には治療用眼鏡代と記載されていること。

被保険者記入欄

被保険者等　記号・番号		――
資格取得年月日		年　月　日
対象者		□被保険者　□被扶養者
被扶養者のとき	氏名	
	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。また学校(高校生以下の方が対象)で負傷した場合「災害共済給付制度」の利用有無を記載します。利用しない場合は理由を記載して下さい。
入院、通院の別		□入院　□通院
診療又は手当の期間・日数		年　月　日　～ 年　月　日　（　日間）
傷病の経過及び手当の内容		
診療・手当に要した額		円
診療・手当をした医療機関、医師・歯科医師	住所 医療機関名 氏名	
他者によるものか		□はい　□いいえ
他者の行為による場合(事故等)	どのような状況で	

装具装着

装具装着	領収書日付(装具装着日)	年　月　日
	装具作成機関名	
	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。
	治療用眼鏡の場合	前回購入した日付　年　月　日
		前回購入した時の年齢　歳

委任欄

記載内容の通り請求します。なお本申請書の提出及び給付金の受領を下記事業主に委任します。

被保険者　住所(建物名・部屋番号まで記入)　年　月　日

被保険者　氏名(自署)※PC入力の場合、押印要

事業主記入欄

内容に相違ないことを証明する。　年　月　日

事業主　名称

事業主　氏名

ＮＸグループ健康保険組合記入欄

整理番号			
決定	金額	（数式等）	
			円
	内訳	法定給付額	円
		付加支給対象額	円

＊学校(高校生以下の方が対象)で負傷し「災害共済給付制度」を利用された場合は［公費医療費助成届］の提出をお願いします。