(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　第二家族療養費　支給申請書

受付印	
健保組合	事業所

1･･･愛三
2･･･労組
3･･･愛協
4･･･ACS
5･･･愛熊

組合記入				

常務理事		

あなたが記入するところ

社員番号	○○○○○○	所属事業所	愛三工業(株)　愛三工業労組 愛協産業(株)　ＡＣＳ(株) 愛三熊本(株)　任意継続	被保険者氏名	健保　太郎　印
被保険者証 記号	番号 ○○○○○○	所属部署	本社　安城工場　豊田工場　その他 ○○部○○室○○G	自宅住所	○○市○○町・・・・ 〒○○○－○○○○ TEL ○○○－○○○○－○○○○

受診者氏名	愛三　花	続柄	次女	性別	女	生年月日	○○年○○月○○日
被保険者証を使用しなかった理由	コルセット等治療用装具の作成時は、記入不要						
発病(負傷)の原因	スポーツ(陸上)を行っていて　等					発病年月日	○○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	
支給項目			
入院・通院区分			
診療内容			
診療費 本人支払額	円	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	

コルセット等治療用装具の作成に対する請求の場合、この欄は記入不要
【添付必要書類(本申請書にクリップ留め)】
①医師の意見書(証明書)
②領収書
③コルセット等治療用装具の写真　(写真のみ別途Eメールでも可)
・社内メール(イントラ環境) ⇒ 健保加藤宛
・社外インターネット環境　⇒ aisan-kp.y-kato@aisan-ind.ne.jp 健保加

組合記入欄

被保険者								家族							
医療費							円	医療費							円
療養費							円	第二家族療養費							円
一部負担金							円	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。