

被保険者（社員本人）
被扶養者（家族）

療養費支給申請書

申請日： 年 月 日

器具(コルセット等)や治療用眼鏡
作成時・マイナ保険証等を持って
いなかったために医療費を全額支払
った時は、保険適用分を支給申請く
ださい。

被保険者
(社員本人)

〒 ー
住 所
氏 名

電話番号 () ー

被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所の名称 (該当に○) 所在地	CKD(株)・CKDグローバルサービス(株) CKD健保・CKD基金・任意継続 愛知県小牧市応時二丁目250番地			
	患者が 被扶養者 (家族)の時	氏名	生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄 (該当 に○)	妻・夫・長男・次男 三男・長女・次女 三女・他 ()
傷病名					発病・負傷 した日	令和 年 月 日	
負傷の原因	(負傷の場合のみ記入してください。)						
医療機関名称				医療機関 所在地	〒 ー		
医師名				電話番号	電話番号 () ー		
療養の内容 (該当に○、 期間等記入)	A. 外来(診療・投薬など)		診療期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日 []日間			
	B. 入院(検査・手術など)		入院期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日 []日間			
	C. 装具(コルセットなど)による治療		装具受取日	令和 年 月 日			
	D. 眼鏡(弱視用など)による治療		眼鏡受取日	令和 年 月 日			
	E. その他、具体的に記入 ()						
保険不適用 理由 (該当に○、 必要事項記入、 必要書類添付)	A. マイナ保険証等を持っていなかったため：以下にマイナ保険証等を持っていなかった理由を記入 (理由：) →医療機関が発行した領収書(明細付)原紙を添付						
	B. 装具(コルセット)・眼鏡メーカーに代金を全額支払ったため →装具の場合・・・装具の領収書・医師の証明書・装具作製確認書・装具の写真(すべて原紙)を添付 眼鏡の場合・・・眼鏡の領収書・医師の証明書(すべて原紙)を添付						
	C. 以前に加入していた保険からの請求に応じて返還したため：加入していた保険の資格喪失日を記入 (以前に加入していた保険の資格がなくなった日：令和 年 月 日) →以前加入の保険からの請求書・医療機関発行の領収書(明細付)あるいは診療報酬明細書(すべて原紙)添付						
	D. その他、具体的に記入 ()						
他人の行為に よる負傷の時	加害者の氏名					警察 への 届出	有・無
	加害者の住所	〒 ー 電話番号：() ー					
振込先 (※)	※下記振込先は会社を退職した方及び任意継続の方のみ記入。(社員は給与とともに振込み。)						
	□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑、利用しない場合は下記の欄を記入。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 下記記入の際は被保険者名義の口座を記入。ゆうちょ銀行の場合は、通帳記載の「他金融機関からの受取口座として利用する場合の口座」を記入。記入間違いにより再振込をする際は手数料を負担いただきます。						
	銀行 金庫 農協	支店	普通 ・ 当座	口座 番号		口座 名義	フリガナ

健保組合 使用欄	領収書金額	医療費総額	健保負担割合	支給額
	円	円	7割・8割・9割	円