

〒 -

装具（コルセット等）や治療用眼鏡  
作成時・保険証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）

住所  
氏名

電話番号（ ） -

|   |  |                   |                         |  |              |                  |                                 |
|---|--|-------------------|-------------------------|--|--------------|------------------|---------------------------------|
| 被保険者<br>保険証<br>記号・番号                        | 記号   | 番号                | 事業所の名称<br>(該当に○)<br>所在地 | CKD(株)・CKDグローバルサービス(株)<br>CKD健保・CKD基金・任意継続<br>愛知県小牧市応時二丁目250番地 |              |                  |                                 |
|   | 患者が<br>被扶養者<br>(家族)の時  | 氏名                | 生年<br>月日                | 昭和<br>平成<br>令和   | 年 月 日        | 続柄<br>(該当<br>に○) | 妻・夫・長男・次男<br>三男・長女・次女<br>三女・他 ) |
| 傷病名   |  |                   |                         |  | 発病・負傷<br>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<br>所在地             | 〒 -  |              |                  |                                 |
| 医師名   |  |                   | 電話番号                    | 電話番号 ( ) -   |              |                  |                                 |
| 療養の内容<br>(該当に○、<br>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<br>理由<br>(該当に○、<br>必要事項記入、<br>必要書類添付) | A. 保険証を持っていなかったため：以下に保険証を持っていなかった理由を記入<br>(理由: )<br>→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<br>→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<br>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<br>(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)<br>→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<br>よる負傷の時                            | 加害者の氏名   |                   |                         |  |              | 警察<br>への<br>届出   | 有・無                             |
|   | 加害者の住所   | 〒 -<br>電話番号:( ) - |                         |  |              |                  |                                 |
| 振込先<br>(※)                                  | ※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。)<br>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。<br>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<br>金庫<br>農協   | 支店                | 普通<br>・<br>当座           | 口座<br>番号   | 口座<br>名義     | フリガナ             |                                 |

|             |       |       |          |     |
|-------------|-------|-------|----------|-----|
| 健保組合<br>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   |