

保 險 給 付 決 定 伺 い				
支 給 総 額		担 当 者	事 務 長	常 務 理 事
支 給 内 訳	療 養 費			
	第 二 家 族 療 養 費			
	一 部 負 担 還 元 金	資 格 取 得	・	・
	家 族 療 養 付 加 金			
高 額 療 養 費				
合 算 高 額 療 養 付 加 金		資 格 喪 失	・	・

被 保 険 者  
家 族  
療 養 費 支 給 申 請 書 ( 保 険 証 不 携 帯 )

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	1 - 1234	被 保 険 者 が 勤 務 し て い る 事 業 所	中 日 新 聞 社
傷 病 名	右 足 関 節 靭 帯 損 傷	発 病 ま た は 負 傷 年 月 日	明 確 で な い 場 合 は ○ 年 ○ 月 頃 な ど 記 入 令 和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日
発 病 ま た は 負 傷 の 原 因	ど こ で の よ う に ( 原 因 が 特 定 で き な い 場 合 は 「 不 詳 」 と 記 入 旅 行 先 で 階 段 を 踏 み 外 し、 転 倒 し て 負 傷		
傷 病 の 経 過			
診 療 ま た は 手 当 の 内 容	診 察 と レ ン ト ゲ ン 撮 影	入 院 ・ 通 院 の 区 分	入 院 ・ 通 院
診 療 ま た は 手 当 の 期 間	令 和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 か ら 令 和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 ま で	○ ○ 日 間 診 療 に 要 し た 費 用	円
医 療 機 関 名 と 住 所	○ ○ 病 院 ○ ○ 県 ○ ○ ○ 市 ○ ○ 区 ○ ○ 町 ○ 丁 目 ○ 番 ○ 号		
立 替 払 い の 理 由	保 険 証 不 携 帯 の た め		
傷 病 が 第 三 者 行 為 に よ る と き は 事 実 な ら び に 第 三 者 の 住 所 ・ 氏 名			
被 扶 養 者 の 申 請 の 場 合 は 氏 名 ・ 生 年 月 日 ・ 続 柄	氏 名 中 日 花 子	生 年 月 日 平 成 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	続 柄 長 女

上 記 の と お り 申 請 し ま す。

令 和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日

住 所  
被 保 険 者  
氏 名

〒  
○ ○ 県 ○ ○ ○ 市 ○ ○ 区 ○ ○ 町 ○ 丁 目 ○ 番 ○ 号

中 日 一 郎 ( 中 日 ) 印

日 中 対 応 可 能 な  
電 話 番 号

( ○ ○ ○ ) ○ ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○

中 日 新 聞 社 健 康 保 険 組 合 殿