

扶養している野田まゆみさんの装具の申請例

毎月2日までに下記1. 2. 3を人事部社会保険Gあて提出
(2日が休みのときは**前営業日**まで)

1. 療養費支給申請書
2. 領収証
3. 医師の意見(同意)書または装着証明書

※注意 労災及び通災は対象外

各社の提出先

<キッコーマン各社の提出先>
シェアードセンター経由→人事部
社会保険G着

<キッコーマン各社以外の提出先>
各社経由 → 人事部
社会保険G着

保険証の記号と4桁または5桁の番号をご記入ください

療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者証の記号番号		事業所の名称	キッコーマン株式会社
傷 病 名	診断書または意見書の病名を記入	疾病又は負傷の年月日	平成16年6月1日
発病又は負傷の原因	原因を記入	診療又は手当てを受けた医師歯科医師その他の者の氏名及び住所	千葉県野田市野田2500 〇〇病院 医師 反町 孝夫
傷 病 の 経 過	経過を記入	入院又は通院の区分	入院・ 通院
診 療 手 当 の 内 容	〇〇装具装着 診断書の装具名を記入	診療又は手当に要した費用額	金 50,000 円也 別紙証書のとおり
診 療 又 は 手 当 の 期 間	平成16年6月2日 平成16年6月2日 1 日間		
療 養 の 給 付 を 受 け 得 な か っ た 理 由	保険適用外		
傷病が第三者の行為によるものであるときは、その事実並びに第三者の氏名及び住所 (氏名又は住所が不明であるときはその旨) 申請が被扶養者に関するものであるときにはその者の氏名	野田 まゆみ	被扶養者の生年月日	平成2年2月3日

現在も治療中であれば、初診の日付を記入後、治療中と記入

印は、必ず、押印してください。

上記のとおり申請する。

平成16年6月5日

申請日を記入

キッコーマン健康保険組合理事長殿

被 保 険 者 の 住 所 氏 名 千葉県野田市野田2-1 野田 崇

野田 印

申請が被扶養者に関するものであるときにはこれに関する事業主の証明	は の 被扶養者であることを証明する	事 業 主 の 住 所 氏 名 及 び 印	千葉県野田市野田250番地 キッコーマン株式会社 印
----------------------------------	--------------------	-----------------------	-------------------------------