

※支給支払決議書	常務理事	事務長	係	担当者
	記入例			
	支給金額	円		
	支給割合	本人・家族（7割・8割）		
支給期間	・	・	・	日
不支給期間	・	・	・	日

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
資格取得年月日	年	月	日
資格喪失年月日	年	月	日

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です)

備考欄	
-----	--

被保険者
家族療養費支給申請書

被保険者等記号・番号	[記号] キクチメガネ → 1 アジョックキクチ → 2 任意継続 → 9 を記入 [番号] キクチメガネは社員番号記入		事業所名称	会社名を記入
傷病名			発病又は負傷の年月日	わからない場合は「不詳」と記入
発病又は負傷の原因				
診療を受けた期間	年 月 日 から		治療中の場合は「現在まで」と記入	
診療又は手当を受けた医療機関の名称及び所在地				
療養の給付を受けることができなかった理由	1. 治療用装具(コルセット・ギプス等)を作成したため 2. 小児弱視等の治療用眼鏡等を作成したため 3. 緊急・その他やむを得ず受診し、全額自費で支払ったため 4. その他()			
コルセット・ギプス等に関する申請のとき	装着年月日	装着日に入院していたかの有無(○で囲む)		
	治療用眼鏡等の場合 領収書の日付を記入	日	入院していた ・ 入院していない	
療養に要した費用の額 (治療用装具代、治療用眼鏡等代、又は診療費)			領収書の金額を記入	円
傷病が第三者の行為によって生じた場合は、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なときはその旨記載)				
申請が被扶養者に関するときはその者の氏名・生年月日・続柄	氏名	家族に関する申請なら記入 被保険者に関する申請なら無記入	続柄	
振込希望の金融機関	金融機関名	被保険者の口座及びシメイを記入		
	口座番号 普通・当座	(カタカナで記入)		

上記の通り申請します

〒

年 月 日

被保険者の住所

キクチ健康保険組合 殿

被保険者の氏名