

支給決定伺			支給決定 令和 年 月 日			
法定給付	円	支給割合： <input type="checkbox"/> 7割 <input type="checkbox"/> 8割 <input type="checkbox"/> 9割				
付	円	常務理事	事務長	係	係	
額	円					
(海外)						

ご自身の記号番号は①～③の
いずれかでご確認ください。

- ①マイナポータル
- ②資格情報のお知らせ
- ③資格確認書(健康保険証)

療 養 費 (付加金) 申請書
 家 族 療 養 費

被 保 険 者 等 記 号 番 号	3	1	1	-	1	2	3	4	5	事業所の 名 称	〇〇〇株式会社	<input type="checkbox"/> 任意継続
資格取得年月日	昭和平成令和 25年4月1日				資格喪失年月日	令和 年 月 日						
療養を受けた方が 被扶養者であるとき	その方の 氏 名	健保 花子				生 年 月 日	昭和平成令和 2年10月1日					
	続 柄	妻										
傷 病 名	椎間板ヘルニア				傷 病 の 原 因	<input checked="" type="checkbox"/> 不詳						
診療を受けた医療機関 の 名 称 ・ 所 在 地	△△△病院 東京都〇〇区△△町 1-2-3											
診療に要した費用	23,000 円				診 断 の 期 間	令和 4年6月1日 から 令和 4年6月1日 まで 1 日間(診療実日数)						
保険診療を受けられな か っ た 理 由	・装具製作所が保険医療機関ではない為 ・医療機関等で健康保険の資格が確認できなかった 等											
負傷原因の第三者行為 「該当」「非該当」の別/ 「該当」の場合 加害者 の 住 所 ・ 氏 名	負傷原因は第三者行為に <input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当 (「該当」の場合には加害者の住所・氏名を記載してください。)											
被 保 険 者	上記の通り申請します。 三井物産健康保険組合 理事長 殿 令和4年6月30日											
	被 保 険 者 の 住 所	〒 〇〇〇 - ×××× 東京都●●区▲▲町 4-5-6										
	氏 名 (フ リ ガ ナ)	健保 太郎 (ケンポ タロウ)										
	日中連絡の取れる電話番号	03 - 〇〇〇〇 - ××××										
委任状(退職後の任意継続 の方以外は記入お願いします)	法定給付の受領を 在籍している事業所 に委任いたします。 被保険者 健保 太郎 ※下段に被保険者氏名をご記入ください。											
領 収 証 (原 本) 返 却 希 望	有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	* 医療費控除の適用を受ける場合は、領収証原本を返却いたしますので「有」に〇印をお付けください。(必ず申請時にご指定ください。受理後の返却要請には応じられません。) なお、返却は国内住所宛または三井物産社内便のみとなりますので予めご了承ください。									

被保険者等記号 311~361の方は給付
金支給手続きのために被保険者による
委任が必要です。必ず記入してくださ
い。空欄の場合は返戻となります。

- * 太枠内にご記入ください。
- * 「事業所の名称」欄には、お勤めの事業所名をご記入ください。任意継続の方は口にチェックを入れてください。
- * 「委任状」欄には、お勤めの事業所名・被保険者名をご記入ください。(委任状は給付金をお給料にて支給するために必要となります。)なお、任意継続の方は記入を要しません
- * 傷病の原因がはっきりしないときには「不詳」にチェックを入れてください。

受 付 印