

療養費・第二家族療養費支給申請書

申請書番号		事業所名			
所 属		従業員番号		連絡先 電話番号	
被保険者証 記号番号	—	氏 名	印		

本人記入欄	傷 病 名		発病又は負傷 の年月日	年 月 日		
	発病又は 負傷原因		傷病の経過			
	療養の給付を 受けることが 困難であった 事由 又は受 けられなかった 事由 (具体的に)		診療を受けた 医師その他の 者の住所・氏 名電話番号			
	患者氏名		診療を受け た期間	自	年 月 日	
		年 月 日生 続柄		至	年 月 日	
	診療に要した 費用の額	別紙領収書の通り 円	コルセット装置日	年 月 日		
	診療内容	別紙領収書の通り	第三者の行為 による場合	その事実		
				第三者の 住所・氏名		
請求金額の受領を事業主に委託いたします。						
氏 名 印						

<添付書類>

急病等で保険証を持たずに受診したとき	①診療報酬明細書または診療内容のわかる明細書②領収書(原本)
前健保からの返還請求を受けたとき	①前健保発行の診療報酬明細書(開封無効の封筒のまま提出)②前健保発行の領収書(原本)
装具を作成したとき	①医師による装具の意見書・証明書(原本)②領収書(原本)
治療用眼鏡を作成したとき	①弱視等治療用眼鏡等作成指示書(写しも可)②領収書(原本)

支 給 並 び に 支 出 決 済 伺								
組 合 記 入 欄	請求額	円	支 給 決 定 額	療養費	円	常 務 理 事	事 務 長	係
	査定額	円		食事療養費	円			
	一部負担 金額	円		高額療養費	円			
				療養附加金	円			
				計	円			