

療 養 費 支 給 申 請 書
第 二 家 族 療 養 費
(治療用装具 他)

受付日付印

事業主印

下段<添付書類>及び注1~4をお読みのうえ申請して下さい。

被 保 険 者	健康保険証 記号番号	記号 番号 保険証の記号・番号をご確認下さい	事業所名称					
	所 属		連 絡 先	日中連絡可能な番号(所属先内線・携帯電話など)				
	被保険者 氏 名	三 菱 太 郎						
	受診者 氏 名	三 菱 一 郎						
入 入 欄	受診者 生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	歳	続 柄			
	疾病または 負傷の原因	できるだけ詳しく書く 腰痛が長く続いていた ※疾病または負傷の原因が右に該当する場合は☑する。 <input type="checkbox"/> 第三者行為・自損事故(注3) <input type="checkbox"/> 労働災害						
	傷 病 名	腰椎椎間板ヘルニア	受診した 期間	自 平成27年 8月 1日 至 平成27年 9月 30日	入院・外来の別 <input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来			
記 入 欄	受診した 医療機関	所在地 〇〇県〇〇市△△1-1-1	名称 △△整形外科	TEL 0000-0000-0000				
	請求内容が「治療用装具」の場合のみ以下に記入	装具を作成した理由 作成区分 <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再作成 <input type="checkbox"/> 修理 腰の保護のため すでに別の装具があり、再度作り直した場合は 再作成。 既存の装具を修理した場合は 修理 にそれぞれチェックして下さい。						
欄	装具の名称	腰椎支持部C	装着を開始 した日	平成 27年 9月 15日				
	上記のとおり請求します。 支給金額の受領を事業主に委任します。(注4) (〒 000 - 0000)	申請書作成日を記入		平成 27年 10月 1日				
健 保 組 合 記 入 欄	請 求 額	円	療 養 費 ・ 第 二 家 族 療 養 費	円	支 給 決 定 年 月 日 平成 年 月 日			
	査 定 額	円	高 額 療 養 費	円	備 考			
	個 人 負 担 分	30%	円	一 部 負 担 還 元 金 ・ 家 族 療 養 付 加 金	円	被 保 険 者 資 格 得 喪 年 月 日		
		20%	円	食 事 療 養 費	円	取 得	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	
10%		円	支 給 額 合 計	円	喪 失	平成 年 月 日		
					常務理事	事務長	主任	担当

<添付書類> ※すべて原本で提出をお願いします。

☆治療用装具等 - ①装着証明書(医師意見書) ②装具等の購入にかかる領収書及び明細書

☆小児弱視用眼鏡 - ①眼鏡処方箋 ②眼鏡購入にかかる領収書

- (注) 1. 毎月23日を受付締切日とし、必要事項を確認のうえ支給決定後、翌月事業所経由で振込します。
2. レセプトの内容を確認のうえ支給決定する必要があるため、給付金の支給に時間がかかる場合があります。あらかじめご了承ください。
3. 第三者行為(交通事故等)により負傷した場合は第三者行為による傷病届を提出することが給付の条件となりますので、速やかにご提出ください。なお、ご提出いただけない場合は給付制限または不支給となる場合があります。
4. 任意継続被保険者の方については、加入時に申請いただいた銀行口座へ振込みいたします。