被保険者 家族 療養費支給申請書

被保険者が記入するところ

被保険者	記号・番号	記号				番号							添付書類はクリップで留めてください
	氏名								事業所名				
	住所												
申請内容について	申請対象者氏名								申請対象者生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日			
	傷病名								発病・負傷の年月日	平成・令和　年　月　日			
	発病・負傷の状態、原因												
		第三者行為（交通事故など）によるものですか　※ はい ・ いいえ ※傷病原因が第三者の行為による場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。											
	治療の内容												
	治療を受けた医療機関	名称											
		所在地											
	治療を受けた期間	令和　年　月　日から令和　年　月　日　日間							治療に要した費用	円			
	申請理由	☐ 治療用装具 ☐ 小児治療用眼鏡 ☐ 弾性着衣							☐ 健康保険の資格が確認できなかった（理由：　） ☐ 以前加入していた健康保険を使用し、返還金を支払った ☐ その他（　）				

この申請書の「給付金の受領」を事業主に委任します。
※任意継続被保険者は給付金を登録の口座に振り込みします。

被保険者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受付日付印

申請内容	必要な書類	
治療用装具	1 ～ 3	1. 領収書、明細書（原本）
小児治療用眼鏡	1・2	2. 医師の証明書（装具指示書）(原本)
弾性着衣		3. 装具作製確認書、装具の写真
資格が確認できなかった	1・4	4. 診療報酬明細書（原本）(診療明細書ではありません)
返還金を支払った	4・5	5. 返還金の領収書（原本）

添付書類はクリップで留めてください

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。

備考欄	

202411改

支給支払決議

支給額	円	伺年月日		常務理事	事務長		係
		支給年月日					
支給期間	年　月　日から　年　月　日　日間						
区分	装具　医科　歯科　調剤　他（　）						