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	健 保 太 郎									事業所名	○○株式会社			
	住所	○○○○○○１－１													
申請内容について	申請対象者氏名	健 保 花 子									申請対象者生年月日	昭和・平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日			
	傷病名	右足打撲									発病・負傷の年月日	平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日			
	発病・負傷の状態、原因	休日に自宅の庭で転倒し負傷した。													
		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	投薬　リハビリ													
	治療を受けた医療機関	名称	○○整形外科クリニック												
		所在地	○○市○○町2-2												
	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　☐ 健康保険の資格が確認できなかった（理由：　）													
		☐ 小児治療用眼鏡　☑ 以前加入していた健康保険を使用し、返還金を支払った													
		☐ 弾性着衣　☐ 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　健 保 太 郎

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	

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（　）					