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	△	△	△	△		
		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 ☐ 小児治療用眼鏡 ☐ 弾性着衣				☐ 保険証を持っていなかった（理由： ） ☑ 以前加入していた保険証を使用し、返還金を支払った ☐ その他（ ）						

添付書類はクリップで留めてください

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
保険証がなかった	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。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

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（ ）						