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	被保険者証	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 ○○年 ○○月 ○○日	
	傷病名	右足靭帯損傷									発病・負傷の年月日	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											
	治療の内容	装具装着　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	
	保険医又は保険者の指定する者に療養を受けることができなかった理由	1. 治療用装具（コルセットなど）の作成 ・ 小児治療用眼鏡の作成 ・ 弾性着衣の購入 2. 保険証を持っていなかった（理由：　　） 3. その他（　　）											

委任状

この申請書の「申請及び給付金の受領」を事業所代理人に委任します。

被保険者氏名　健 保 太 郎

事業所代理人氏名

受付日付印

※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。

申請内容		添付書類
1	・治療用装具 ・小児治療用眼鏡 ・弾性着衣の購入	・領収書（内訳など明細がわかるもの） ・医師の証明書（装具作成指示書）
2	保険証を忘れて受診したとき	・領収書 ・診療報酬明細書

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（　　）						