

全額負担したとき、他の保険者の保険証を使用し医療費の返還を行ったときの申請

山善健康保険組合 御中

常務理事	事務長	係	法定給付	円
			付加給付	円
			支給額	円

療 養 費
第二家族療養費 支給申請書

(治療用装具・立替払い等)

被保険者（本人）について記入



事業所名		被保険者記号・番号		被保険者氏名	
		記号番号は保険証に印字されています			
被保険者の住所			被保険者の生年月日	昭和 平成	年 月 日
(請求が被扶養者のとき被扶養者氏名)			昭和		
対象者が家族（被扶養者）の場合のみ記入					
傷病名			発病又は負傷した日	令和	年 月 日
発病又は負傷の原因及びその経過	(いつ) 令和 年 月 日 時頃			第三者行為によるものですか？	はい いいえ
	(どこで)				
	(何をしています)			入院 外来	
診療を受けた医療機関等の名称			所在地		
診療期および診療に要した費用	令和 年 月 日 から			(診療費用)	
	令和 年 月 日 まで 日間			領収書等の金額記入 円	
●治療用装具(コルセット等)費用請求の場合、装着日、令和・・・年・・・月・・・日・・・					
療養の給付を受けることができなかった理由(該当するものに○)	1. 治療用装具(コルセット等)の支給がなかった 2. 保険証を持たずに診療を受けた 3. その他(具体的に)				
振込先	銀行		口座番号	座番号	
			被保険者（本人）口座のみ		(カタカナ)
上記のとおり申請します。				受付印	
令和 年 月 日					

- ☐ 口枠の中はすべて記入してください。
- ☐ 添付書類は原本を提出してください。
(返却希望の場合は、申請書のチェック欄へ印をいれてください)

装具(コルセット等)や9歳未満の治療用眼鏡,弾性着衣の申請

山善健康保険組合 御中

常務理事	事務長	係	法定給付	円
			付加給付	円
			支給額	円

療 養 費
第二家族療養費 支給申請書

治療用装具・立替払い等)

被
保
険
者
(
本
人
)
に
つ
い
て



事業所名		被保険者記号・番号		被保険者氏名	
		記号番号は保険証に印字されています			
被保険者の住所			被保険者の生年月日	昭和 平成	年 月 日
				昭和	
(請求が被扶養者のとき) 被扶養者氏名	被扶養者(家族)が装具等を作った場合のみ				
				昭和	
傷病名			発病又は負傷した日	令和 年 月 日	
発病又は負傷の原因及びその経過	(いつ) 令和 年 月 日 時頃			第三者行為によるものですか?	はい いいえ
	(どこで)				
	(何をしています)			入院 外来	
診療を受けた医療機関等の名称			所在地		
診療期および診療に要した費用	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間			(診療費用)	
	治療用装具(コルセット)費用請求の場合、装着日 令和 年 月 日			装具・眼鏡代記入 円	
	療養の給付を受けることができなかった理由(該当するものに○)				
1. 治療用装具(コルセット等)の装着 2. 保険証を持たずに診療を受け、全額自費で支払った 3. その他(具体的に)					
振込先	被保険者(本人)口座のみ		口座番号		
			名義(カタカナ)		
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日					受付印

□枠の中はすべて記入してください。
□添付書類は原本を提出してください。
(返却希望の場合は、申請書のチェック欄へ印を入れてください)