

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 支給申請書
第二家族療養費

(治療用装具・立替払い等)

事業所名		被保険者記号・番号		被保険者氏名	
被保険者の住所		被保険者の生年月日		昭和 年 月 日 平成	
(請求が被扶養者のとき) 被扶養者氏名	被扶養者生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄	
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				
	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			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	銀行	本店	普通	口座番号	
		支店	当座	名義(カタカナ)	
上記のとおり申請します。				受付印	
令和 年 月 日					

提出している添付書類の返却を希望します。

【添付書類】 原本を提出してください

治療用装具	領収書および明細書、医師による意見書、装着証明 ※靴型装具の場合は装具全体の写真も必要
小児治療用眼鏡	領収書、医師による作成指示書、検査結果
全額負担したとき	領収書、診療報酬明細書(病院・薬局で発行)
以前加入していた健保の保険証で受診したとき	領収書、診療報酬明細書(以前加入の健保発行 開封せずに健保へ提出)