

◎申請の際に今一度確認を!!
「書きもれ無いか」「印もれ無いか」

支給決議書	伺い年月日	令和 年 月 日	送金通知書番号	第 号	常務理事
	資格取得	平成・令和 年 月 日	支給額		事務長
	資格喪失	令和 年 月 日			
	費用の額	円	備考		
	一部負担金	円	経理		
該当条文	法第44条 法第55条			係	

健康保険 療養費 第二家族療養費 支給申請書

(注意事項)

- ① 自費診療の場合に添えなければならないもの
- ② (1) 傷病者が第三者の行為によるものであるときは「第三者の行為による傷病届」を添えること
- ③ (1) 傷病者が第三者の行為によるものであるときは「第三者の行為による傷病届」を添えること
- ④ (2) コルセット、輸血、はり、きゅう、マッサージ等の場合

被保険者氏名と印	健保 太郎	被保険者住所	●●県●●市1-1		
被保険者証の記号と番号	記号 999 番号 9999	事業名称	所属会社 (勤務地や出向先ではありません)		
届が被扶養者に関するものであるときはその者の氏名	健保 しずか	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 21年9月2日 <input type="checkbox"/> 令和	続柄	二女
傷病名	右足靭帯損傷	発病又は負傷の日	令和 5年 2月 3日		
発病又は負傷の原因	友人とバスケットボールの練習中に負傷				
傷病の経過	良好				
診療又は手当を受けた医師、歯科医師その他の者の住所と氏名	△△県△△市100 〇〇整形外科 医師〇〇 〇〇				
診療又は手当の内容	右足底装具の着用				
診療又は手当の期間	令和 2年 2月 7日		診療又は手当に要した費用の額	19,000円 別紙証書のとおりに	
被保険者証で診療又は手当を受けることができなかった理由 (できるだけくわしく記載のこと)	治療用装具作製のため				
傷病が第三者の行為によるものであるとき(住所又は氏名が不詳であるときはその旨)はその事実並びに第三者の住所と氏名	(別紙届出のとおり)				

委任状	私は (所属会社) を代理人と定め、療養費(第二家族療養費)金 記入しないでください円也の受領方を委任します。
	↑費用の7割(8割)を健保で算出した金額となります
	令和 年 月 日
	本人 住所 ●●県●●市1-1 氏名 健保 太郎
代理人 住所 会社記入欄 氏名	

※受付日付
受信 第 号
年 月 日
鈴与健康保険組合

(※裏面参照)