

◎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 支給申請書
第二家族療養費

(注意事項)

- ③ ② ①
(1) ① 自費診療の場合に添えなければならないもの
② コルセット、医師の診断書(別紙)又は診療報酬請求明細書に診療内容を記したものを添えること
(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
② 必要と認められた医師の意見書を添えること

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	事業所名称	所属会社(勤務先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		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 45 年 1 月 5 日 <input type="checkbox"/> 令和	続柄	本人
傷病名	腰部椎間板ヘルニア	発病又は負傷の日	令和	5 年 1 月 20 日	
発病又は負傷の原因	不明				
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 ●●整形外科 医師○○ ○○				
診療又は手当の内容	コルセットの着用				
診療又は手当の期間	令和 5 年 1 月 23 日 (※医師から装具着用するよう話があった日/保険証を忘れて受診した日)	診療又は手当に要した費用の額	26,833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)