

## 療養費

## 第二家族療養費

## 支給申請書 (第 回)

被 保 険 者 の 記 入 す る と こ ろ	被保険者 氏名		事業所の名称	
	従業員番号		所屬	
	傷病名		発病又は負傷 の年月日	年月日 (負傷の場合は時頃)
	発病又は負傷 の原因			
	傷病の経過			
	診療を受けた 医師歯科技師 その他の者の 氏名	氏名		
		住所		
	診療の内容			
	診療日	年月日	診療に要した 費用の額	¥
	療養給付を受けること のできなかった理由	装具・コルセット装着、輸血、保険証不携帯 その他( )		
申請が被扶養者 に関するときは その者の 氏名	被保険者 との続柄			
	生年月日	年月日		

## 療養費

上記の 第二家族療養費 を申請します。

なお私の受けた上記給付金の受領方を事業所名 \_\_\_\_\_ 社長 \_\_\_\_\_ に委任します。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

被保険者

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

日新電機健康保険組合理事長 殿

## 支給決定及び支給決議額

常務理事	事務長	係	支給月日	法定給付	付加給付	合計
			年 月 日			

## ※添付書類

- 装具・コルセット装着の場合 ①医師の意見書(診断書) ②装着証明 ③領収書  
④装具装着状態の写真(靴の中に入れるタイプの装具は、装具と靴を並べた写真)
- 保険証不携帯の場合 ①領収書 ②診療報酬明細書(レセプト)又は領収明細書
- 小児弱視等の治療用眼鏡の場合 ①治療用眼鏡の領収書 ②治療用眼鏡等の作成指示書の写し  
③検査結果(②に記載の場合は不要)

注) 傷病が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者の行為による傷病届」を添付して下さい。