

療養費支給申請書・第二家族療養費支給申請書（療養一般）

常務理事	ユニットリーダー	シニアリーダー	リーダー	係

※ 領収書本通、レセプト、医師の同意書等を添付すること

被 保 険 者 記 入 欄		他者によるものか		□はい □いいえ			
被保険者等 記号・番号	—	他者によるものか		□はい □いいえ			
資格取得年月日	年 月 日	他者の行為による場合(事故等)		どのような状況で			
対象者	□被保険者 □被扶養者	記載内容にて請求します。なお本金額の受領を下記事業主に委任します。		年 月 日			
被扶養者のとき	氏 名	被保険者 住所		被保険者 氏名			
	生年月日					年 月 日	
	続 柄						
療養給付を受けられなかった理由	<input type="checkbox"/> 10割負担 <input type="checkbox"/> 当健保加入以前の別健保の保険証を使用 <input type="checkbox"/> 海外療養費（海外駐在員と家族帯同を除く） <input type="checkbox"/> その他（ ）	事 業 主 記 入 欄 内容に相違ないことを証明する。 年 月 日 事業主 名称 事業主 氏名					
傷 病 名		※外傷性の原因の「不詳」は受け付けられません。					
発病又は負傷の年月日	年 月 日	入院、通院の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 診療又は手当の期間・日数 年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)					
発病又は負傷原因 (いつ、どこで、どのようにして)		傷病の経過及び手当の内容		N X グループ健康保険組合記入欄 整 理 番 号			
診療・手当に要した額	円	決 定		金 額 (数式等) 円			
診療・手当をした医療機関、医師・歯科医師 調剤薬局	住 所	内 訳 法定給付額 円 付加支給対象額 円					
	医療機関名						
	氏 名						