

療養費支給申請書・第二家族療養費支給申請書（装具）

常務理事	エニッリーダー	シニアリーダー	リーダー	係

※ 領収書本通、医師の同意書等を添付すること

被 保 険 者 記 入 欄			領収書日付(装具装着日)		年 月 日	
被保険者証 記号・番号	—		装 具 装 着	装具作成機関名		
資格取得年月日	年 月 日			※内訳書（装具製品明細書）の内容を記入して下さい。		
対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者			装具明細 （型番、材質など）		
被扶養者 のとき	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"/> 治療用装具装着			治療用眼鏡の場合		
傷 病 名				前回購入した日付		年 月 日
発病又は負傷の年月日	年 月 日（療養開始日）			前回購入した時の年齢		歳
発病又は負傷原因 （いつ、どこで、 どのようにして）	※外傷性の原因の「不詳」は受け付けられません。			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		
入院、通院の別	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院		被保険者 住所			
診療又は手当の期間・ 日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		被保険者 氏名			
傷病の経過及び手当の 内容			事 業 主 記 入 欄			
診療・手当に要した額	円		事業主 名称			
診療・手当をした医療機 関、医師・歯科医師	住 所		事業主 氏名			
	医療機関名		N X グループ健康保険組合記入欄			
他者によるものか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		整 理 番 号			
	他者の行為による場合 (事故等)	どのような 状況で		決 定	金 額	(数式等)
内 訳					法定給付額	円
					付加支給対象額	円