

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	
被保険者証 記号・番号		—							
資格取得年月日		年 月 日							
対象者		☐ 被保険者 ☐ 被扶養者		他者の行為による場合(事故等)		どのような状況で			
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		☐ 保険証がなく10割負担 ☐ 当健保加入以前の別健保の保険証を使用 ☐ 海外療養費（海外駐在員と家族帯同を除く） ☐ その他（ ）		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			
傷 病 名				被保険者 住所					
発病又は負傷の年月日		年 月 日		被保険者 氏名					
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。							
事 業 主 記 入 欄									
入院、通院の別		☐ 入院 ☐ 通院		事業主 名称					
診療又は手当の期間・日数		年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)		事業主 氏名					
傷病の経過及び手当の内容									
診療・手当に要した額		円							
診療・手当をした医療機関・医師・歯科医師		住 所							
		医療機関名							
		氏 名							

N X グループ健康保険組合記入欄				
整 理 番 号				
決 定	金 額	(数式等)		
		円		
	内 訳	法定給付額	円	
		付加支給対象額	円	