

◎申請の際に今一度確認を!!
書きもれ無いか

支給 決議 書	同い年月日	年 月 日	支給額						常務理事	
	資格取得	年 月 日							事務長	
	資格喪失	年 月 日	算定基礎						主任	
	被扶養者格	有・無							担当者	
	費用の額	円								

健康保険家族(被扶養者)療養費支給申請書

[添付書類]

- ① 自費診療・立替払いの場合
- 領収書
- 診療内訳書(別紙)又は診療報酬明細書に診療内容を明記したもの
- 領収書
- 治療用装具の場合
- 医師の意見書および装具装着証明書(弾性着衣等および小児弱視等の治療用眼鏡等に限る)
- 弾性着衣等装着指示書
- 眼鏡等作成指示書(小児弱視等の治療用眼鏡等に限る)
- 装具の現物写真4方向(全体、上、横、靴底)(靴型装具に限る)
- ② 傷病が第三者の行為によるものであるときは「健康保険 第三者行為による傷病届」を添付してください。

① 被保険者の氏名	② 被保険者の住所	〒	TEL () -
③ 被保険者証の記号と番号	④ 事業所の名称		
⑤ 被扶養者の氏名	⑥ 生年月日	昭・平・令 年 月 日	⑦ 被保険者の続柄
⑧ 傷病名	⑨ 発病又は負傷の年月日	年 月 日	
⑩ 発病又は負傷の原因			
⑪ 診療又は手術を受けた医師、歯科医師その他の者の住所と氏名			
⑫ 診療又は手当の内容			
⑬ 診療又は手当の期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間 装着時 入院・通院(いずれかに○をつけて下さい) (治療用装具の場合 { 型取り 年 月 日 } (コルセット等) { 装着 年 月 日 })			
⑭ 傷病の経過			⑮ 診療又は手当に要した費用の額 円
⑯ 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 (できるだけ詳しく記載のこと)			
⑰ 傷病が第三者の行為によるものであるときは、その事実並びに第三者の住所と氏名(住所又は氏名が不詳であるときはその旨) (別紙届出のとおり)			

静岡県中部機械工業健康保険組合

受領委任の欄	本請求に基づく 事業所名	
	給付金の受領を 氏名	に委任します。
	年 月 日	
	被保険者 氏名	
	(委任者)	

受付日付印