

判決年月日 平成 年 月 日	支給額 総支給 法定 付加	健保処理欄 組合処理欄 保険者決定 自己負担額	支給支払決議書 常務理事 事務長 会計 扱者
<input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族	療養費支給申請書 (第 回目)	取得 資格喪失 療養の期間

〔注意事項〕

「実費についての領収書」の原本、「装具現物の写真」を添付してください。  
 コルセット、ギブス、義肢等に関する申請のときは、「装着が傷病のため必要と認められる医療担当者の証明書」

被保険者証の 記号・番号	※保険証に記載 されています	事業所の名称 と所在地	(株)トーエネック〇〇支店〇〇営業所		
傷病名	椎間板ヘルニア		発病又は負 傷の年月日	平成 年 月 日	不詳
発病または 負傷の原因	不詳				
傷病の経過	治療により改善がみられる				
診療を受けた病院の	名称	健康保険病院	医師名	健康 一朗	
	住所	名古屋市中央区〇△-△-△			
診療又は 手当の内容	装具による療養				
診療又は手当	自 20年 2月 1日	日間	診療に要し た費用の額	金 25,000	円
コルセット作成日	平成 20年 7月 28日				
療養の給付を受け ることができな	装具の作成を業者に依頼した為				
第三者行為によ って負傷したも	ある	第三者行為によ る負傷の場合の 届出の有無	ある	加害者の氏名	
	ない		ない	加害者の住所	
被扶養者に 関する申請のとき	氏名	健康 花子	生年 月日	昭和 53年 1月 1日 平成	被保険者 との続柄 妻
上記のとおり申請します。			平成 20年 8月 1日 ※日付は必ず記入してください。		
被保険者		住所	名古屋市〇区△△町4-33		
		氏名	健康 太郎 (健康印)		

委任状	私は 金	を代理人と定め、平成 年 月 日に請求した療養費(家族療養費)及び同付加金、 円也を受領方に委任します。 平成 年 月 日
	被保険者	住所 名古屋市〇区△△町4-33 氏名 健康 太郎 (健康印)
	代理人	住所 氏名 事業主の証明が必要です (印)

在職中の方へは事業主を通じてお支払いいたしますので委任状欄へ署名・押印いただき、事業主へ提出してください。  
 特例・任継の方へは、登録の口座へお振込みいたしますので、委任状の記入は不要です。