

# 療 養 費 支 給 申 請 書

## 家 族 療 養 費

住友化学健康保険組合 御中

下記のとおり申請します。

年 月 日

(請求者氏名)

事業所名				
被保険者の 記号番号	—	所 属	電 話 番 号	
			被保険者生年月日	年 月 日
住 所				
* 被扶養者氏名	フリガナ		*被扶養者生年月日	年 月 日
			*被保険者との続柄	
傷 病 名				発病または負傷の年月日
				年 月 日
発病または 負傷の原因			診療区分 (○印をつけてください)	入院 ・ 通院
療養の給付を受 けることが困難 であった理由 (○印をつけてください)	1. 治療用装具等購入 2. 医療費を全額負担したとき(理由: ) 3. その他( )			
診療を受けた 医師歯科医師 その他の者の 住 所 氏 名				
診療または 手当の内容				
診療または手当 を受けた年月日	年 月 日	診療または手当 に要した費用額	円	
疾病または負傷が第三者の行為に因 るものであるときはその事実および 第三者の氏名および住所 (氏名また は住所が不明であるときはその旨)				
給 付 金 受 取 方 法	代理人委任 (貸金受領)	委任状 私は事業主を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を委任 します。 年 月 日 (請求者氏名)		
	銀行振込 (退職者および 任継者のみ)	(フリガナ) 私名義 普通預金口座 No. 銀行 店の へお振込みください。		

- 注意事項
1. 家族療養費の届出のときは\*印欄を記入してください。
  2. この申請書は毎月 25 日までに健康保険組合に提出してください。
  3. 申請する給付の種類に応じて次頁に記載の書類を添付してください。

## 療養費支給申請書・家族療養費支給申請書の記入にあたって

項目名	記入要領	記入例
表題	療養費、家族療養費のいずれかに○を記入	
事業所名	在籍の事業所名を記入	愛媛工場
被保険者の記号番号	マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険証のいずれかを参考に記入	10-987654
所属	在籍の所属名を記入	第三製造課
電話番号	職場の電話番号（内線・外線いずれか）を記入	861-9999 0897-37-1717
被保険者生年月日	被保険者（本人）の生年月日を記入	
住所	現住所を記入	愛媛県西条市西条1-1-1
* 被扶養者氏名 * 被扶養者生年月日 * 被保険者との続柄	家族療養費の場合に記入	
傷病名	傷病名を記入	流行性角膜炎
発病または負傷の年月日	発病（負傷）の年月日を記入	
発病または負傷の原因	発病（負傷）の原因を記入	
診療区分	入院 通院のいずれかに○を記入	
療養の給付を受けることが困難であった理由	1. 2. 3のいずれかに○を記入 医療費を全額負担した場合は理由を、その他の場合は詳細を記入	
診療を受けた医師歯科医師その他の者の住所氏名	診療を受けた医師歯科医師その他の者の住所氏名を記入	
診療または手当の内容	診療または手当の内容を記入	
診療または手当を受けた年月日	領収書の日付を記入	
診療または手当に要した費用額	領収書の金額を記入	
疾病または負傷が第三者の行為に因るものであるときはその事実および第三者の氏名及び住所	疾病または負傷が第三者（交通事故等）の行為に因るものであるときに記入	
給付金受取方法	「代理人委任」欄に日付（記入日）、請求者氏名（本人）の記入	

### 添付書類（※全て原本）

治療用装具等購入	<ul style="list-style-type: none"> <li>・領収書</li> <li>・医師の意見書（同意書・証明書）および装具装着証明書  <span style="font-size: 2em;">{</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>弾性着衣等の場合は弾性着衣等装着指示書</li> <li>小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は眼鏡等作成指示書</li> </ul> </li> <li>・（靴型装具の場合）装具の現物写真</li> </ul>
医療費を全額負担したとき	<ul style="list-style-type: none"> <li>・領収書</li> <li>・診療（調剤）報酬明細書</li> </ul>



すべての記入が終わりましたら、右上の日付（記入日）、請求者氏名を記入のうえ、申請する給付の種類に応じた書類を添付して、健康保険組合宛にご提出ください。