

◎申請の際に今一度確認を!!
書きもれ無いか

支給 決議 書	同一年月日	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									
	被扶養者 資格	有・無	算 定 基 礎						主任		
	費用の額	円							担当者		

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
 ② 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
 ③ 治療用装具の場合
 ○領収書
 ④ 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科視等の治療用眼鏡等に限る)
 ⑤ 弾性着衣等装着指示書(小児科視等の治療用眼鏡等に限る)
 ⑥ 眼鏡等作成指示書(小児科視等の治療用眼鏡等に限る)
 ⑦ 眼鏡具の現物写真4方向(全体、上、横、純底)(純型装具に限る)
 ⑧ 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 被保険者との続柄	
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 日間 年 月 日まで (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 } 装着時 入院・通院 (いずれかに○をつけて下さい)		
⑭ 傷病の経過		⑮ 診療又は手当に要した費用の額		円
⑯ マイナ保険証等で診療又は手当を受けることができなかった理由 (できる限り詳しく記載のこと)				
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	事業所名	
	本請求に基づく給付金の受領を	氏名
		に委任します。
		年 月 日
	被保険者 (委任者)	氏名

受付日付印