

# 第二家族療養費支給申請書

健保受付印

住友金属健康保険組合 御中

請求者の記入欄	被保険者証記号番号		請求者		
	発病又は負傷年月日		請求年月日		
	扶養者名	氏名	住所		
		生年月日	M・T S・H	_____	
	傷病名		所属	社員番号	
			氏名 (印) TEL (内線)		
	発病又は負傷の原因		傷病の経過		
	診療又は手当に要した金額		診療又は手当の期間及び入院・通院の区別	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 (延 日間) 入院・通院	
	公費負担の適用を受けることができるか否か		該当する ・ 該当しない		
	療養の給付を受けるに○印をすることができない		1. 保険医又は保険者の指定するものがない地域での受診事由が発生したとき 2. 傷病が緊迫した状態で保険医外の医師に受診したとき 3. 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律により収容され当然受けるべき療養の給付を受けなかったとき 4. 治療用装具を必要とするとき (装着日: 年 月 日) 5. 柔道整復師等に骨折の応急措置を受けたとき 6. その他 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 50px; vertical-align: middle;"></span>		
診療を受けた病院等の名称・所在地		所在地 名称			

- (注) 1. 領収(診療)明細書を添付して下さい。  
 2. コルセット等に関する申請のときは「治療のため必要と認められる医療担当者の証明」及び「実費についての領収証書」をつけて下さい。  
 3. 傷病が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者の行為による傷病届」を添付して下さい。  
 4. 氏名を本人自ら署名した場合の申請印の捺印は不要です。