

療養費 (付加金) 支給申請書
家族療養費 (第 回)

氏名コード	保険証番号	記号	番号	番号	番号	番号	番号	番号	番号	番号	所属部署
被保険者氏名	*自署の場合は押印不要		現住所・連絡先	(〒 -)						室/課 グループ/組	
受診者	フリガナ		自宅電話	-	-					内線電話 ()	
受診者の生年月日		続柄	傷病名				発病または負傷年月日				
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和							<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日				
発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 (原因および経過を具体的に記入してください)										
診療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 から 年 月 日まで 日間 <input type="checkbox"/> 令和				通院および入院治療				<input type="checkbox"/> 通院治療 <input type="checkbox"/> 入院治療		
装具装着日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		支払った金額 (領収書の金額)		円		受診者は市町村から医療費助成を受けていますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
申請理由	<input type="checkbox"/> コルセット等の治療用装具を購入したため <input type="checkbox"/> 治療用メガネ等を購入したため <input type="checkbox"/> 医師の同意を得て、あんま・はり・灸の施術を受けたため <input type="checkbox"/> 保険証を持参していなかったため <input type="checkbox"/> その他 ()						今回の申請は、第三者行為に該当しますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
チェックシート (注意) 申請前に必ずチェックしてください。											
申請書に右記の書類が添付されていますか?	【治療用装具および治療用メガネ申請の方】 <input type="checkbox"/> 医師の意見書・装具装着証明書 (1~2枚) <input type="checkbox"/> 靴型装具は写真を添付 <input type="checkbox"/> 領収書・領収明細書 (受診者の氏名が明記されているもの) *原本 【あんま・はり・灸申請の方】 <input type="checkbox"/> 療養費支給申請書 (施術所で発行しているもの) *原本 <input type="checkbox"/> 初回申請者は、医師の同意書 (以降、6ヵ月毎に再同意書を添付) <input type="checkbox"/> 領収書・領収明細書 (受診者の氏名が明記されているもの) *原本 【保険証不携帯の方】 <input type="checkbox"/> 診療・(調剤)報酬明細書 (レセプト) (診療内容・傷病名が記載されているもの) <input type="checkbox"/> 領収書・領収明細書 (受診者の氏名が明記されているもの) *原本										

本人記入欄

私の受ける給付金の受領方を事業主に委任します

令和 年 月 日

受付

ダイハツ健康保険組合理事長殿

上記のとおり申請致します。