

第二家族療養費（不要文字は消す）

被保険者 (請求者) 記入欄	被保険者証の記号と番号	No 123-4567		部署名 〇〇部		事業所の名称 〇〇(株)		
	傷病名	〇〇病		発病又は負傷の年月日	令和〇〇年XX月△△日			
	傷病の	原因	〇〇中にXXの理由で△△した					
		経過						
	診療を受けた病医院等の	(名称) 〇〇医院		(所在地) 〇〇市XX町		(診療に従事した医師等の氏名) 〇〇 XX		
	診察の	内容	〇〇科処置・装具			診察に要した費用の額 ¥12,345- (別紙証拠書類のとおり)	診察を受けなくなつたときはその理由	
		期間	令和〇〇年XX月△△日から 令和〇〇年XX月△△日まで ZZ日間					
	装具装着	令和〇〇年XX月△△日						
	保険医療機関等で療養の給付を受けることができなかつた理由			装具、装着の為または、保険証不携帯の為				
	傷病が第三者の行為によるものであるときは	その事実の届出の有無	第三者的住所、氏名 (不詳のときはその旨)			申請が被扶養者に関するときは、その旨	(氏名) 大建 花子 〇〇年XX月△△日生	
あり・なし						続柄	長女	
上記により申請します。 令和〇〇年XX月△△日 大建工業健康保険組合理事長殿			送金希望の場合は送金方法と送金先	銀行 支店普 NO 名義人氏名(カナ) *退職する方のみ記入				
			(〒123-4567) 被保険者 住所 〇〇市XX町△△丁目 12-34-56 氏名 大建 太郎 印					
組合処理欄	支給(支出)決定	令和 年 月 日	常務理事 印	支給決定同 印	本件支給決定のうえ通知してよろしいか		事務長・係 印	
	支給決定通知			出納日印		出納係		
	令和 年 月 日							

* 注意事項

- 装具についての請求の場合、領収書の原本と病院より発行される装着証明書を添付すること。
- 治療費についての請求の場合、領収書の原本と診療報酬明細書(病院で発行してもらいます)を添付すること。
- 支払いは、毎月20日締め翌月給与払いです。