

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)	診察を受けなくなっ 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った理由			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	第三者の 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 (請求者) 氏名 大建 太郎 ㊟					
組合処理欄	支給 (支出) 決定	令和 年 月 日	常務 理事	㊟	支給 決定伺	本件支給決定のうえ 通知してよろしいか		事務長・係
	支給決定通知		出納日印			出納係		㊟
	令和 年 月 日					㊟		

- * 注意事項
1. 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。
2. 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えます）を添付すること。
3. 支払いは、毎月20日締め翌月給与払いです。