療養費

支給申請書

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	部署名		事業所の名称					
	傷病名		発病又は負傷 の年月日	令和	年	月	日			
	傷病の	原因								
		経過								
	診療を受けた病医 院等の	(名称)	(所在地)		(診療に従事した医師等の氏名)					
	診察の	内容	科処置・装具		診察に 要した 費用の 額	¥ (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	年			月	日から		
			令和	年			月	日まで	日間	
	装具装着	令和	年	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									
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)					
	あり・なし				年	月	日生			
上記により申請します。 令和 年 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)						
			(〒 —)							
			被保険者 住所 (請求者)	氏名 ㊟						
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。