| 月　日<br>支給決定 | 期　　間 | 金　　額 | 常務理事 | 事務長 | | 担当者 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 自　　月　　日<br>至　　月　　日 | 円 | | | | |

# 療養費<br>第二家族療養費 支給申請書

| 被保険者が記入するところ | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者証の記号・番号 | | 傷病名 | | | | |
| 発病又は負傷の年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 発病又は負傷の原因 | | | | |
| 診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局の名称及所在地並びに診療又は調剤に従事した医師若しくは歯科医師又は薬剤師の氏名 | | | | | | |
| 診療、薬剤の支給又は手当の内容及期間、費用の額 | | 自　年　月　日<br>至　年　月　日 | 費用 | 円 | 別紙明細書の通り | |
| 療養の給付を受けることが出来なかった理由 | | | | | 入院・入院外の別<br>入院・入院外 | |
| 疾病又は負傷が第三者の行為に因る場合は其の事実並に第三者の氏名及び住所<br>（氏名又は住所不詳のときはその旨） | | | | | | |
| 被扶養者に関するものであるときはその者の氏名 | 生年月日 | 昭<br>平<br>令　　年　　月　　日 | 被保険者との続柄 | | | |
| 払渡希望の銀行 | 銀行　　支店 | （普通<br>当座　　第　　号） | | | | |
| 備考 | | (ﾌﾘｶﾞﾅ)<br>名義 | | | | |

**※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。**

**（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）**

上記の診療に要した費用の額を支給申請します。

令和　　年　　月　　日

クラシエ健康保険組合 御中

〒

被保険者 住　所

氏　名

電話番号

翻訳者 住　所

氏　名