

健 保 処 理 欄	支給決定並びに支出伺					年	月	日
	支給額	療養費	円	決 裁	常務理事	事務長	担当者	
		第二家族療養費	円					
	資格取得日	年	月	日	資格喪失日	年	月	日

**療 養 費 支給申請書**  
**第二家族療養費**

※ 和暦でご記入ください

① 被保険者等 記号・番号		② 傷病名	
③ 発病又は負傷の 年月日	年 月 日	④ 発病又は負傷 の原因	
⑤ 療養に要した 費用の額	円	⑥ 診療を受けた 期間	年 月 日から 年 月 日まで
⑦ 診療を受けた 医療機関等	名称		
	所在地		
	医師の氏名		
⑧ 療養の給付を受 けることができ なかった理由			
⑨ 傷病が第三者の 行為によるとき はその事実並び に第三者の情報	状況		
	住所		
	氏名		
⑩ 申請が被扶養者 に関するときは その者の	氏名	続柄	
	生年月日	年 月 日	年齢
⑪ 振込希望の銀行	銀行	支店（普）	口座No.
上記の通り申請します。			
⑫	年 月 日	申請者	住所 氏名 クラレ健康保険組合理事長 殿 電話
⑬ 確認欄	<input type="checkbox"/> この申請については、申請者本人（被保険者）が作成したものです。		

申請内容	必要な添付書類
治療用装具	<ul style="list-style-type: none"> <li>●医師の意見書（原本）</li> <li>●領収証（原本） * 明細書もある場合は添付してください</li> </ul> <p><u>&lt;靴型装具の場合は下記も添付願います&gt;</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●当該装具の写真（実際に装着する現物であることが確認できるもの）</li> </ul>
治療用眼鏡	<ul style="list-style-type: none"> <li>●弱視等治療用眼鏡等作成指示書（原本）</li> <li>●領収書（原本） * 明細書もある場合は添付してください</li> </ul>
自費診療費	<ul style="list-style-type: none"> <li>●領収証、診療明細書（原本）</li> </ul> <p><u>&lt;領収証に初診料などの明細が記載されていない場合は下記も添付願います&gt;</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●診療報酬明細書の写し（※開封厳禁） * 医療機関へ発行を依頼してください</li> </ul>