健保組合		
常務理事	グループ長	担当者

事業所担当者の確認印
日付印

療養費
第二家族療養費・同付加金　支給申請書

健康保険被保険者	
記号	番号（右づめで記入）
被保険者の氏名	
（氏）	（名）

申請日	令和　　年　　月　　日		
事業所名			
所属（または出向先）	部　　室・グループ 課・工場		
被保険者住所	〒		
連絡先	自宅		
	職場(外線)		内線

被保険者記入欄	申請が被扶養者に関するとき	氏名		続柄		生年月日	昭 平・令　　年　　月　　日
	申請理由（該当に○印）	1. 保険医、または保険者の指定するものがいない地域での受診事由の発生 2. 傷病が緊迫した状態で、止むを得ず保険医以外の医師に受診 3. 伝染病予防法により収容され、当然受けるべき療養の給付を受けなかった 4. 歩行補助器・コルセット・関節固定器の治療材料代(装着日：　　月　　日) 5. 柔道整復師等に骨折の応急措置を受けた 6. その他					
	事由の詳細						
	傷病名				第三者行為によるものですか		はい・いいえ
	発病又は負傷の原因						
	発病又は負傷年月日	平成 令和　　年　　月　　日		初診年月日	平成 令和　　年　　月　　日		
	診療期間	(自) 平・令　　年　　月　　日 (至) 平・令　　年　　月　　日	日間	入院・通院	療養に要した費用		円
	診療または手当の内容						
	診療または手当を受けた医師・歯科医師	医療機関名 住所 電話 氏名					
	委任状（任継者は記載不要）	日本製鉄健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和　　年　　月　　日　　被保険者氏名					

（注）1. 領収証(原本)及び診療の場合は診療報酬明細書(原本)を添付して下さい。
2. コルセット等に関する申請の時は「治療のため必要と認められる医療担当者の証明」及び「実費についての領収証書」を添付して下さい。
3. 申請理由が「6.その他」の場合は、「事由の詳細」欄に具体的な理由を記載してください。

被保険者の記号・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。
記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。
(注)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。

備考欄	
社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印

健保記入欄		
	受付No.	
	法定給付額	円
	付加給付額	円
	支給決定額	円

(R6.12)