



健 保 組 合	担 当 者

事 業 所	所 属 長	担 当 者

受付印

被保険者  
家 族 療 養 費 支 給 申 請 書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	健 康 保 険 号 記 号 ・ 番 号	1 2 3 4 - 5 6 7 8 9	被 保 険 者 氏 名	三 洋 太 郎	
	被 保 険 者 の 住 所 ・ T E L	〒 1 2 3 - △△△△ 大 阪 府 大 阪 市 中 央 区 高 麗 橋 △ - △ - △ (TEL 0 6 - 1 2 3 4 - △△△△ )			
	事 業 所 名 称	△△電機株式会社 大 阪 事 業 所 総 務 部			
	被 扶 養 者 が 受 診 し た 場 合 は そ の 者 の 氏 名 と 生 年 月 日	三 洋 珠 子 昭 ・ 平 ・ 令 2 5 年 3 月 2 9 日 生		被 保 険 者 と の 続 柄	長 女
	傷 病 名	左 大 腿 骨 頸 部 骨 折			
	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	令 和 2 年 1 0 月 2 日 3 時 分 頃 <input type="checkbox"/> 出 勤 日 で 有 る <input checked="" type="checkbox"/> 出 勤 日 で 無 い			
	傷 病 が 負 傷 の 場 合 傷 病 の 経 過	負 傷 の 原 因	<input type="checkbox"/> 仕 事 中 <input type="checkbox"/> 通 勤 途 上 <input type="checkbox"/> 交 通 事 故 <input type="checkbox"/> 加 害 者 有 り <input type="checkbox"/> 学 校 内 <input checked="" type="checkbox"/> 自 分 の 不 注 意 <input type="checkbox"/> そ の 他 ( ) * 仕 事 中、通 勤 途 上、交 通 事 故、加 害 者 に よ る 負 傷 の 場 合 は、必 ず 健 保 組 合 と 勤 務 先 に ご 連 絡 下 さ い。		
		負 傷 の 状 況	休 日、自 転 車 で 実 家 に 行 く 途 中、溝 に 落 ち て 大 腿 部 を 骨 折 し た		
	装 具 の 名 称	左 短 下 肢 装 具			
	診 療 し た 医 療 機 関	医 療 機 関 名	△△総合大学病院	医 師 氏 名	鈴 木 △ △
所 在 地		大 阪 府 大 阪 市 中 央 区 大 通 り △ - △ - △			
治 療 用 装 具 の 装 着 指 示 日	令 和 2 年 1 0 月 2 0 日	装 具 代 金	123,456 円		

※装具の装着による療養費の申請には①医師の意見書・装具装着証明書（原本）②装具の領収書（原本）  
③装具の明細書（写し可）④装具【正面】【側面】【ロゴ・サイズ・品番・メーカー表記等(ある場合)】  
の写真が必要です