支払印 受付印

		□ 療 養 ∄ □ 第二家族療養	費 申請書 弗由詩書									
		□ 分 — 外 次 次 次 (文)		号)	o.)	②所属事業所	fの名称					
		③療養を受けた者の氏名				④生年月		昭和·平原	杖∙令和	年 月	 目 日生	
		⑤続柄	本人・妻		父・母	⑥療養に要し		-H1H 172	~ 1214		, 円	
			祖父母・	その他()			平成•令和	:0 年	月		
		⑦傷 病 名				○光柄まだは	:負傷の年月日	十八八十八	ч +	Я		
		⑨傷病の原因	病院等の名称									
		⑩診療を受けた病院等の名称及で 所在地	111100 01 01 111									
	であっ	171 E.26	1711115					Q + +an				
被		⑪療養の期間	平成·令和	年 月	日から平成	•令和 年	月 日まで	② ⑫左記期間 診療日数			B	
保険者		③健康保険を受けることができなかった(困難だった)理由(□にレを入れてチェック)	□保険証無で □はり・きゅう・		ッサージ	□治療用 装 □その他(具	口小児弱初	見等の治療	寮用眼鏡	等)	
または	た	※この申請書に添付する書類 提出する前に口にレを入れて確認をしてください)										
	者記	口保険証無での立替払の場合 : 領収書(写し)と診療報酬明細書(レセプト)										
被保	載事	口治療用装具の場合			し)と医師の		n+ n4 × n+ /	A. 11 # 4	dı ==*	1 1 187	\	
		※靴型装具の場合は写真を添付(装着時と脱着時 / インソールを外し、ロゴ・メーカーが分かるように										
		□小児弱視等の治療用眼鏡等の場合 : 領収書(写し)、保険医の作成指示等写し、患者の検査結果 □はり・きゅう・あんま・マッサージの場合 : 領収書(写し)、施術内容明細書、医師の同意書(原本)、施術報告書がある場合(写し)										
		・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		県代音 (子)	ン/ 、//E Pi P 3 4	子吩州首、区	中の同心量()	下本/、//巴帕		. 00, 60 ± 00 ± 00	1(-70)	
		その者の住所および氏名 ⑤振込先銀行・口座			銀 行	口座番号(普)	通·当座)	口座名義丿	(カナ)			
		(被保険者名義の口座)			支店							
		上記のとおり申請いたします	0									
		令和 年 月 日				〒 -		TEL	-	-		
						被保険者の 住 所 氏 名						
		てこう 四氏健康 休険組合 塩	学文 版									
_		保険給付金の受領を下記の者に	委任いたします。」	以下の(1)(2)の			_					
3 〔	H H	令和 年 月 日 			₹	皮保険者の氏名 	<u> </u>					
ŧ	- 犬	(1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人 代理人の 住所・氏名										
		(2)(1)以外の受領代理人(2	選択の場合は右欄に記	λ		<u>E/// 201</u>						
		_	3 -									
	頁又	金 円を領収いたしました。 ただし、療養費、第二家族療養費として 令和 年 月 日領収										
	Ē											
		そごう・西武健康保険組合 理	事長 殿									
Ŋ	×	7	支払 期 間	\$	5 払額		内 訳		※ 備 考			
֓֞֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓	※ 支合	│ □療養費 ^{令和}	年 月 日から									
Ť			年 月 日まで			円			口直接	z +1		
3	日内(日間						山坦拐	τ 1 Δ		
	_				1和 年	月	В		□間接	ま 払 (給上	張込)	
_	ر <u>ت</u>	支給決定のうえ支払い	してよろしいか	Т.	가게 푸	- 7	н			() III () III .		
ž	· 夫	•一般被保険者資格取得年月日 昭	和・平成・令和	年 月	l B	※第二家族療	養の場合は、	常				
) 5	/						養の場合は、	常務理				