

|                       |      |    |  |  |  |   |    |
|-----------------------|------|----|--|--|--|---|----|
| 支<br>払<br>決<br>議<br>書 | 常務理事 | 事務 |  |  |  | 月 | 日  |
|                       |      |    |  |  |  | 月 | 日  |
|                       | 法定給付 |    |  |  |  | 日 | 日間 |
|                       | 付加給付 |    |  |  |  | 日 |    |
|                       | ※備考  |    |  |  |  |   | 円  |

**提出前確認事項**

- 記入漏れ・印漏れ(計2箇所)はないか。
- 「医師の意見書」等と「装具の領収書」等は原本を添付しているか。  
また靴型装具の場合は写真の添付があるか。  
※「装具の領収書」は明細も必要です。(眼鏡、弾性着衣は不要)  
※医療機関等によっては、文書名が異なる場合があります。  
※9歳未満の弱視斜視等の治療用眼鏡には上限金額があります。
- 市区町村へ自己負担分(3割または2割分)を請求する場合や医療費控除等で必要な場合は事前にコピーを保管ください。

(※前回より6ヵ月経過後)

**被 保 険 者 族 療 養 費 支 給 申 請 書 ( 第 回 )**

**注意事項**

③ ② ①  
請求人の住所記入の際には○の方またはアパート名などを明記してください。

訂正したときはそれぞれの記入者が使用した印と同じ印を押してください。

標題の「被保険者」「家族」は該当する方を○で囲んで下さい。

|  |  |  |                                   |                          |  |
|--|--|--|-----------------------------------|--------------------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 被保険者証の記号番号   | 記号 ○○○○  | 番号 ○○○○                           | 事業所の名称<br>TEL            | ○○○ 株式会社<br>048 ( 000 ) 0000                           |
|  | 対象者  | 氏名   | フリガナ カワコウ ハナコ<br><b>川工 花子</b>     |                          | 昭和 ○○年 ○○月 ○○日<br>平成 ○○年 ○○月 ○○日<br>被保険者との続柄 <b>長女</b> |
| 申<br>請<br>理<br>由   | ①  | <input checked="" type="checkbox"/> 医師の指示により、治療用装具を作成・購入したため。<br>※装具の装着が必要である旨を示した「医師の意見書」と「装具の領収書」原本を添付<br>靴型装具の申請は、上記に加えて「靴の全体像が分かる写真」を添付<br>※9歳未満の弱視斜視等の治療用眼鏡の申請には「指示書」と「眼鏡の領収書」原本を添付<br>※弾性着衣等を購入した際の申請には「弾性着衣等装着指示書」と「弾性着衣等の領収書」原本を添付 |                                   |                          |  |
|  | ②  | <input type="checkbox"/> 健康保険の手続き中で、医療機関に保険証を提示できなかったため。<br>※医療機関が作成した「診療報酬明細書」と「領収書」原本を添付   |                                   |                          |  |
|  | ③  | <input type="checkbox"/> 当健康保険組合資格取得後または認定後に、前保険者の保険証を提示できなかったため。<br>※前保険者から送付された「診療報酬明細書」と前保険者に支払った「領収書」  |                                   |                          |  |
|  | ④  | <input type="checkbox"/> その他 詳細記入→【  |                                   |                          |  |
|  | 傷病名  | <b>扁平足</b>   |                                   | 発病または負傷の年月日              | 29年 不明 月 日<br>(負傷の場合は 時頃)                              |
|  | 発病又は負傷の原因  | ※詳しくご記入ください。負傷の場合は「傷病原因届」をご提出ください。<br><b>疲労の蓄積によるもの</b>  |                                   |                          |  |
|  | 傷病の経過  | <b>整形外科へ○回通院したが、改善されず、装具を着用して経過を観察することになった。</b>  |                                   |                          |  |
|  | 診察を受けた医療機関の  | 名 称  | 所 在 地                             | 診察した医師の氏名                |  |
|  |  | ○○病院   | 埼玉県川口市○○ ○-○-○                    | <b>石田 ○○</b>             |  |
|  | 上記の申請理由が②③の場合  | 診察期間   | 自 平成 年 月 日 ~ 至 平成 年 月 日 日間        |                          |  |
|  | 上記の申請理由が①の場合   | 装具装着日  | 平成 ○○年 ○○月 ○○日                    | 装具購入金額                   | ○,○○○ 円  |
|  | 第三者の行為によって負傷したものであるか   | ある<br><input checked="" type="checkbox"/> ない   | 第三者の行為によって負傷したときその事実の届出の有無<br>有・無 |                          | 連絡先<br>不明理由  |
|  |  | 「医師の意見書」等に記載の日付をご記入ください。   |                                   | 「装具の領収証」等に記載の金額をご記入ください。 |  |
|  | 上記のとおり申請します。平成 ○○年 ○○月 ○○日   |  |                                   |                          |  |
|  | 川口工業健康保険組合理事長 殿<br>〒 000 - 0000 電話番号 048 ( 000 ) 0000<br>被保険者の住所 埼玉県川口市○○ ○-○-○ ABCマンション○○○号室<br>被保険者の氏名 <b>川工 太郎</b> 生年月日 昭和 平成 ○○年 ○○月 ○○日 |  |                                   |                          |  |
|  | 委任状  | <input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)<br>事業主を代理人として健康保険組合より支給される本請求金額全額の受取り方の件を委任いたします。<br>被保険者の氏名 <b>川工 太郎</b>   |                                   |                          |  |
|  | ※退職後等の申請で、上記に委任しない場合は、川口工業健康保険組合にお申し出下さい。  |  |                                   |                          |  |

「ある」の場合は、第三者行為による被害届が必要ですので、「ある」の方で届を出していない方は一度当組合にご連絡ください。

2箇所押印してあるかをご確認ください。

社 会 保 険 労 務 士 記 入 欄 決 裁 日 付 印 受 付 日 付 印