

急病などで保険証なしで受診した場合や、はり・きゅう、補装具等全額負担した場合に
後日、領収証等を添付して申請する場合の書類（被扶養者用）

支給決定 伺	年 月 日	支給期間	常務理事	主任	担当
	支給額 円	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
備考	<input type="checkbox"/> 医師の同意書				

家族療養費支給申請書

被保険者証	記号 1010 番号 12345 (職場名 総務部)		
被扶養者の氏名	健保 花子		
被扶養者の生年月日	〇〇〇〇年 〇月 〇日	被保険者との続柄	妻
傷病名	腰椎椎間板ヘルニア	発病負傷の年月日	〇〇〇〇年 〇月 〇日
傷病の原因	不詳		
傷病の経過	手術後、治療用装具を製作し装着した。		
診療または手当を受けた医師、 歯科医師、その他の者の	所在地 東京都中央区	名称	〇〇病院
診療または手当の期間 (装具の場合は領収日)	〇〇〇〇年 〇月 〇日から 〇〇〇〇年 〇月 〇日まで 〇日間	診療または手当に要した金額	23,278 円
診療または手当の内容	入院し1ヶ月間牽引をしたが回復しないため、手術を行った。		
傷病が第三者の行為によるときは、第三者の住所、氏名及びその時の状況	(住所)	(氏名)	
	(状況)		

(注) ・靴型装具の療養費を申請される方は、当該装具を装着している写真を必ず添付してください。

上記のとおり申請します。 〇〇〇〇年 〇月 〇日

三井E&S健康保険組合 御中 被保険者住所 東京都中央区築地1-1-1
氏名 健保 太郎 印

上記金額の給付を事業主に委任します。
(任意継続者の方は事業主委任欄への記載不要) 〇〇〇〇年 〇月 〇日

三井E&S健康保険組合 御中 被保険者氏名 健保 太郎 印