

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