

~~療 養 費~~ 請求書 (第 回)
 第二家族療養費

平成××年 6月 1日

スズキ健康保険組合理事長 殿

下記の通り領収書及び同意書を添え請求します。

事業所の名称	スズキ (株)
所 属	(株) スズキ自販〇〇

被 保 険 者 入 欄	被保険者証 記号番号	1 - 33333		被保険者の 住所・電話	〒431-0000 Tel.053-597-0000 浜松市西区〇〇町1-1-1		
	被保険者の 氏名と印	健保 太郎 (印)		資格喪失 年月日	平成 年 月 日 (印)		
	資格取得 年月日	昭和 ××年 4月 1日 平成		傷 病 名	頰椎椎間板ヘルニア		
	発病又は 負傷年月日	平成××年 5月 22日		傷病の経過	現在通院中		
	発病又は 負傷の原因	家事・育児により腰に負担 がかかったため					
	診療(手当)を 受けた病院又は 診療所の名称及び所在地	所在地	浜松市西区〇〇				
		名 称	〇〇総合病院				
	療養の給付 を受けることが できなかった理由	業者に装具の作成を依頼したため					
	傷病原因が 第三者行為 による場合は その事実	事実 第三者の(不詳の場合はその旨) 住所 氏名					
	申請が被扶 養者の場合は その氏名	健保 花子	生 年 月 日	明 大 昭 平	××年 7月 26日	続 柄	妻
診療(手当) の 内 容	腰椎装具軟性		治療用装具 (コルセット等) の 場 合	型取り ××年5月24日 装着 ××年5月30日			
診療(手当) の 期 間	平成××年5月24日 平成 年 月 日		1日間		入院中の装着・通院中の装着		
診療(手当)に 要した費用	23,587 円		左記について 外貨払の場合	通貨名	支 払 額		

(注意事項)
 ① 自費診療の場合添えなければならぬもの
 (1) 診療内訳書(別紙)または診療報酬請求明細書に診療内容を明記したもの
 (2) 医師に支払った領収書
 ② 海外で療養を受けた場合は、右の(1)及び(2)は所定の「診療内容明細書」及び「領収明細書」によること
 ③ 当該明細書等が外国語で書かれている時は、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名・住所・勤務先が明記してあるもの)を添付すること
 (1) 当業者に支払った領収書
 (2) 必用と認めた医師の意見書

支給決定 伺	支給期間	自 平成 年 月 日	至 平成 年 月 日	支給伺	平成 年 月 日
				支給日	平成 年 月 日
	支給金額	円		担当	課長 事務長 常務理事

委任状
 上記の受領を
 委任します。
 平成 年 月 日
 被保険者氏名 (印)

※給付金の支払いは、健保に登録されている口座への振り込みとなります。解約された方・登録されていない方は、裏面に被保険者名義の口座を記載してください。