

# 療 養 費 請 求 書 (第 回)

## 第二家族療養費

平成 年 月 日

スズキ健康保険組合理事長 殿

下記の通り領収書・同意書等を添え請求します。

(注意事項)

- (1) 自費診療の場合、添えなければならないもの  
 ① 医療機関等に支払った「領収書」原本  
 ② 「診療報酬領収(請求)明細書」原本  
 「診療報酬領収(請求)明細書」は、医療機関等へ依頼してください。「領収書」と同時発行の「領収明細書」ではありません。
- (2) コルセット・治療用眼鏡・弾性着衣等、輸血、はり、灸、マッサージ等の場合、添えなければならないもの  
 ① 業者に支払った「領収書」原本  
 ② 必用と認めた医師の「意見書・同意書」原本

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号番号	—		事業所 の名称							
	被保険者の 氏名と印	Ⓜ		所 属							
	資格取得 年月日	昭和	年	月	日	被保険者の 住所・電話	〒	TEL			
	発病又は 負傷年月日	平成	年	月	日	資格喪失 年月日	平成	年	月	日	
	発病又は 負傷の原因			傷病名							
	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									
	療養の給付 を受けること ができなかつた理由	名 称									
	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	生 年 月 日	昭 平	年	月	日	続 柄				
	診療(手当) の 内 容			治療用装具 (コルセット等) の 場 合	型取り	年	月	日	装 着	年	月
診療(手当) の 期 間	平成	年	月	日	日間	入院中の装着・通院中の装着					
診療(手当)に 要した費用			円	左記について 外貨払の場合	通貨名	支 払 額					

支 給 決 定 伺	支 給 期 間	自 平成	年	月	日	日間	支 給 伺	平成	年	月	日
		至 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	に  Ⓜ
-------------	--	------------

※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。