

支給決定	決定伺い	平成	年	月	日	支給額						常務理事
	資格	取得	年	月	日							事務長
		喪失	年	月	日							
	費用の額	円	算定基礎			種別	決定点数	金額	課長			
	一部負担金	円										
	該当条文	法第110条					計			担当者		

健康保険 家族療養費支給申請書

振込先	①静岡 ②スルガ ③みずほ ④その他()		銀行	支店	普通 当座	(あなた自身の)	カタカナ 口座氏名 口座番号
① 被保険者の 氏名と印	印	住所	〒 ()	連絡先	TEL ()		
③ 被保険者証の	記号	番号	④ 事業所の 名称				
⑤ 被扶養者 の氏名	⑥ 生年 月日		昭和 平成	年	月	日	⑦ 被保険者との 続柄
⑧ 傷病名	⑨ 発病又は負傷 の年月日		年	月	日		
⑩ 発病又は 負傷の原因							
⑪ 傷病の経過							
⑫ 診療を受けた 病院等	名称				診療した医師氏名		
	所在地						
⑬ 診療又は 手当の内容							
⑭ 診療又は 手当の期間	年	月	日	から	日間	⑮ 診療又は手当に 要した費用の額	円
	年	月	日	まで			別紙領収書のとおり
⑯ 被保険者証で診療又は手当をうける ことができなかった理由 (できるだけ詳しく記載してください)							
⑰ 傷病が第三者の行為によるもので あるときはその事実、並びに第三者 の住所と氏名	「第三者の行為による傷病届」を添付してください。						

備考	
----	--

受 付 印

【記入上の注意】

- ①訂正したところは必ず訂正印を押してください。
- ②住所は建物名等を省略せずご記入ください。
- ③負傷の原因(⑩の欄)は必ずご記入ください。

注)発病または負傷の原因が他人の行為によって生じたものであるときは、まず、健康保険組合にご連絡ください。(TEL 054-286-5295)
健康保険組合から「第三者の行為による傷病届」をお送りいたしますので、相手方の氏名、保険会社等を記入して、この申請書に添付してください。

【添付書類について】

■医療費を自費で支払ったとき

- 傷病名、診療内容を明記したもの(診療明細書等)
- 診療に要した費用を証明した領収書の原本

■治療用装具を購入・装着したとき

- 治療に必要であると認めた医師の意見書の原本
- 費用内訳のわかる領収書の原本
- 靴型装具の場合は、当該装具の写真
(対象者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)

■治療用眼鏡を購入したとき

- 治療用眼鏡を購入した際の領収書の原本
 - 医師の眼鏡作成指示書等の原本
- (保険医が検査等の結果、弱視、斜視および先天白内障術後の屈折矯正の治療に必要であると判断した事実が明記してある書類)

小児の弱視、斜視、先天白内障術後の屈折矯正のいずれかの治療を目的とする場合に限り、療養費の支給対象になります。(平成18年3月15日・保0315001号)

医師の作成指示書等から、これらに該当することが判断できなければ支給対象にはなりません。