療養費
第二家族療養費 請求書（第　回）

令和　　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。

			事業所の名称	
被保険者記入欄	被保険者等記号・番号	＊　－	所属	
	被保険者の氏名と印	㊞	被保険者の住所・電話	〒　TEL
	資格取得年月日	昭・平・令　年　月　日	資格喪失年月日	平・令　年　月　日
	発病又は負傷年月日		傷病名	
	発病又は負傷の原因		傷病の経過	
	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		
		名称		
	療養の給付を受けることができなかった理由			
	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	昭和・平成・令和　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　日
	診療(手当)の期間	令　年　月　日 令　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 令和　年　月　日 至 令和　年　月　日　日間	支給伺	令和　年　月　日		
			支給日	令和　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　　に委任します。 令和　年　月　日 被保険者氏名

※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。

【備考欄】「被保険者証記号番号」＊にかわりマイナンバーを記載することも可能です。但し、マイナンバーを記載した場合、本人確認書類が必要です。またマイナンバーには保護シールを貼り、レターパックプラス等で送付願います。

（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医療機関等に支払いした「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。
病名が記載されているため、開封厳禁で発行されます。

(2)治療用装具・弱視治療用眼鏡・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業者に支払いした「領収書」原本　②必用と認めた医師の「意見書・同意書」原本
この他、治療用装具の場合、次の二点が追加で必要です。③「装具作製確認書」　④治療用装具の「写真」※④は靴型装具のみ

記入事項を訂正される際は、二重線で抹消し正しい内容を記入してください。押印の省略可能ですが、記入内容誤りが判明した場合は書類をお返しし訂正していただきます。㊞2ヶ所に押印いただいた場合は健保での訂正・補記が可能です。