

給付支給決定並びに支出伺										伺年月日			
常務理事		事務長		担当者		円						決裁年月日	
						支給額						自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間	
区分	<input type="checkbox"/> 本人 (7割)		計 算	※眼鏡支給額上限 (36,700円×1.048)						種別	<input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 医療費		
	<input type="checkbox"/> 家族 (7割)										<input type="checkbox"/> 海外		
<input type="checkbox"/> 六未 (8割)								<input type="checkbox"/> 訪問看護					

被保険者・**家族**療養費支給申請書

ナブテスコグループ健康保険組合 理事長 殿 平成 年 月 日請求

記号	99		社員コード	0000		被保険者氏名	健保太郎印				
番号	1234										
被保険者住所	〒0000-0000 00県00市00区001-1-1										
事業所名	00000 株式会社										
傷病名	右眼異物残留				発病・負傷の年月日	平成28年8月1日					
発病・負傷の原因	泳ぎに行ったときに、目に砂が入り、最寄りの病院へ行った										
傷病の経過	少し充血があったので、1日通院した										
診療・手当を受けた医療機関名	00000病院										
診療・手当の内容	眼中洗浄及び目薬の処方された										
診療・手当の期間	平成28年8月1日から				2日間		支払った	¥4,680-			
	平成28年8月2日まで										
療養の給付を受けることのできなかった理由	保険証を持って行くのを忘れた										
第三者の行為による傷病届の届出					有 ・ 無						

療養を受けた者が家族であるとき記入するところ

氏名	健保花子		続柄	長女		生年月日	平成20年5月15日				
----	------	--	----	----	--	------	------------	--	--	--	--

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考	マイナンバーにより申請する場合にマイナンバーを記入 (個人番号確認、本人確認書類を添付のこと)										
----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

委任状	委任事項	この給付の (住所) 受領方を (氏名) 平成 年 月 日 (被保険者) 印 に委任する 印								
	振込先	銀行 支店 当座・普通 番号								

—受付日付印—

(記入上の注意)

- 1.表題は被保険者が療養を受けたときは「被保険者」、家族が療養を受けたときは「家族」を○で囲んでください。
- 2.保険証を持たずに受診した場合は、医療機関が発行する診療報酬明細書(開封厳禁)と領収書原本を添付するか、別紙「領収明細書」のどちらかを添付してください。
- 3.コルセットの場合は、意見書、装具装着証明、領収書原本を添付してください。
※靴型装具は、装具 (患者が実際に装着する現物) の写真も添付が必要です。所定の台紙に貼付して提出してください。
- 4.小児眼鏡作成の場合は、作成指図書の写真、領収書原本、検査結果の添付が必要です。

◎被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。また、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。