

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 令和 年 月 日	
										至 令和 年 月 日	日間
区分	<input type="checkbox"/> 本人 (7割) <input type="checkbox"/> 家族 (7割) <input type="checkbox"/> 六未 (8割)		計算	※眼鏡支給額上限 (36,700円×1.06)						種別	<input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 医療費 <input type="checkbox"/> 海外 <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 令和 年 月 日請求

記号		社員コード		被保険者氏名		印
番号						
被保険者住所	〒					
事業所名						
傷病名		発病・負傷の年月日	令和 年 月 日			
発病・負傷の原因						
傷病の経過						
診療・手当を受けた医療機関名						
診療・手当の内容						
診療・手当の期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	支払った費用	¥	
療養の給付を受けることのできなかつた理由	第三者の行為による傷病届の届出			有 ・ 無		
領収証の日付が装具装着日より後の場合						

療養を受けた者が家族であるとき記入するところ

氏名		続柄		生年月日	年 月 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	
----	--

委任状	委任事項	この給付の(住所)受領方を 令和 年 月 日 (氏名) 印 に委任する (被保険者) 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)

- 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。
 - 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、調剤薬局が発行する調剤報酬明細書(開封厳禁)と領収書原本を添付してください。出来ない場合は、別紙「領収明細書」を添付してください。
 - 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。
 - 小児眼鏡作成の場合は、作成指指示書の写、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。