

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	<input type="checkbox"/> 眼鏡支給額上限 (36,700円×1.06=38,902)				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 5 年 8 月 20 日請求

記号	99	社員コード	0000	被保険者氏名	健保太郎
番号	1234				
療養を受けた者が家族の場合	受診者名	続柄	生年月日		
	健保花子	長女	平成20年5月15日		
被保険者住所	〒0000-0000 00県00市00区001-1-1				
事業所名	000000 (株)				
傷病名	右眼異物残留	発病・負傷の年月日	令和 5 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 <small>※「いつ、どこで、何していたか」を明確にご記入ください。</small>				
診療の内容および傷病の経過	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・手当の期間	令和 5 年 8 月 1 日から 令和 5 年 8 月 10 日まで	10 日間	支払った費用	¥4,680	
療養の給付を受けることのできなかつた理由	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		
領収証の日付が装具装着日より後の場合					

※治療用装具の療養費は、不正受給防止のため医療機関の受診歴確認にお時間をいただくので、装具作成後、約5カ月後に支給決定いたします。

※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 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。
 - 治療用装具・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。
- ◎ 訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。