

※組合 記入欄	支給額	円	摘要
------------	-----	---	----

**被保険者
家族療養費支給申請書 300**

(第 回目)

被保険者が記入するところ	(1) 被保険者の 保険証 記号・番号	記号	1 2 3		(2) 事業所の 名称・所属	名称	(会社名)			
		番号	4 5 6 7 8 9			所属	(所属名)			
	(3) 傷病名	〇〇〇病			(4) 発病または 負傷の原因	〇〇〇〇				
	(5) 診療や手当を 受けた医師の 名称・氏名	名称	(病院名)			(6) 所在地	(医療機関の住所)			
		氏名	(医師の氏名)							
	(7) 診断の期間	自平令	〇年 〇月 〇日	〇日間	(8) 診療に要した 費用	(領収書の金額)		円		
		至平令	〇年 〇月 〇日							
	(9) 保険診療を 受けられな かった理由	<p style="text-align: center;">該当する理由を選択して下さい。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>1. 治療用の装具装着のため</p> <p>2. 被保険者証の不携帯のため</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>3. 弱視等治療用眼鏡等の購入のため</p> <p>4. その他 ()</p> </div> </div>								
	(10) 第三者の行為 により負傷し たときはその 事実及び加害 者の氏名住所									
	(11) 申請が被扶養 者に関するときはその氏名	氏名	(該当者の氏名)		(12) 生年月日	昭	〇年 〇月 〇日	(13) 続柄	〇〇	
				平	令					
委任するところ	令和 〇年 〇月 〇日 上記のとおり申請します。 南海電気鉄道健康保険組合理事長 殿 私は上記申請に関する一切の事務を (庶務担当者の氏名) に委任いたします。									
	受付日付		被保険者の 住 所 (住所) 氏 名 (氏名)							

20220401 改訂

◎申請上の注意

- この様式は、被保険者又は被扶養者がやむを得ない事情で保険による診療を受けることができずその診療に要した費用を療養費又は家族療養費として申請するものです。
 - この申請をするときは、保険診療を受けられなかった理由を明確にし、医師から診療報酬明細書及び領収書を添付し健保組合に提出して下さい。
 - この申請が被保険者である場合は申請の表題の「被保険者」を○で囲み、被扶養者である場合は「家族」を○で囲んで下さい。
 - 家族申請の場合は、「(11)被扶養者の氏名・(12)生年月日・(13)続柄」欄に記入して下さい。
- この申請書は、ご本人の同意なく本目的外に使用いたしません。現職の方は、事業主経由にて手続き・支払いを行います。