

支払	支払年月日	令和 年 月 日	健康保険組合使用欄	扱 者	受付日付印
決	支給額	円			
議	資格取得	該当する方に○		割・8割	
書		年 月 日			

記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

被保険者家族療養費支給申請書(立替払等、治療用装具)

チェック項目は該当するものに✓

記入方法及び添付書類等については、別紙「記入上の注意」を確認してください。

④ 申請者の住所

⑤ 電話番号

⑥ 事業所の名称

⑦ 受診者が被扶養者の場合

⑧ 傷病名

⑨ 診療を受けた医療機関等

⑩ 発病または負傷の原因及びその経過

⑪ 治療用装具の購入日

⑫ (立替払いの場合)診療期間

⑬ 診療の内容

⑭ 入院の場合その入院期間

⑮ 療養に要した費用の額

⑯ 任意継続被保険者・資格喪失(退職)後の申請の場合に記入

⑰ 領収書の額

⑱ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

⑲ 事業所担当者が記入

事業所担当者は必ず押印

主友金属鉱山健康保険組合(2024年12月改訂)