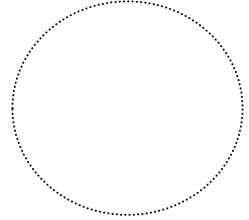


健康保険

被保険者
家族療養費支給申請書（第 回目）
（治療用装具）

受付年月日



被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等記号・番号		生 年 月 日		事業所・所属	
	—		昭和 平成 年 月 日			
	被保険者 (請求者) の氏名	フリガナ		被保険者 (請求者) の住所	〒	
					電話	
	療養が被扶養者の 場合はその方の		氏 名		生 年 月 日	
					昭和・平成・令和 年 月 日	
	傷 病 名				発病または負傷 年 月 日 (療養開始日)	令和 年 月 日 (曜日)
	発病の原因および経過 (詳 し く)					第三者行為によるものですか
						は い ・ い い え
						「はい」の場合は、「 第三者の行為 による傷病届 」を提出下さい
	診療を 受けた 病院等	名 称				医 師 等 の 氏 名
		所在地	〒			
			電話			入院・入院外の別
						入院 ・ 入院外
	装具等の 装着について		指示を受けた日	令和 年 月 日	入院の場合、左記の診 療期間中の入院期間	自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日
診療の内容		装 具 装 着 日 令和 年 月 日		療養に要した費用の額		
				円		
療養費の 支給申請の理由		治療用装具を作成したため				
被 保 険 者 に 対 す る 支 払 金 融 機 関 の 欄						
金融機関名		店 名 (店 番)		預金種別	口座番号	
池田泉州銀行		()		普 通		

申請上の注意

・医師の「意見及び装具装着証明」と「領収書」(装具の名称、種類等内訳記載)の原本を添付ください

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日				
	被保険者 (申請者)		住所 氏名		
	代 理 人		住所 氏名		
			電話		
	委任者と代理人 との 関 係 ()				
受 取 代 理 人 に 対 す る 支 払 金 融 機 関 の 欄					
金融機関名		店 名	預金種別	口座番号	口 座 名 義
					フリガナ

池田泉州銀行健康保険組合