

常務理事	事務長	係

支給決定伺

支出科目	第 款 項 目	療 養 費 家 族 療 養 費	支給決定金額	円
支給決定月日		会計処理月日	備考	

被保険者 被扶養者 療 養 費 支 給 申 請 書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	記号 番号	事業所の名称		
	被保険者氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	療養が被扶養者に関するとき	氏名	生年月日	昭 平 年 月 日 続柄	
	傷病名		発病又は負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	
	発病又は負傷の原因				
	傷病の経過				
	診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称 氏名	所在地		
	診療又は手当の内容	入院期間 自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日 装具装着日 平・令 年 月 日			
	診療又は手当を受けた期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	日間	診療又は手当に要した費用の額	円
	療養の給付を受けることができなかった理由	第三者の行為による負傷である はい ・ いいえ * 第三者の行為による負傷の場合、別途届出が必要です			
振込先銀行名 (被保険者名義のみ。被扶養者名義不可)	銀行	支店	口座 番号	名義	
上記の通り申請致します 令和 年 月 日 被保険者の氏名 大和ハウス工業健康保険組合理事長殿			受付日付印		

注意事項

- * 緊急その他やむを得ぬ場合に保険医療以外の医師の診療または手当を受けた費用の請求に限られます。
- * 全額自費診療した場合は、「領収書」と「診療費明細書」の原本を添付願います。(レシートは不可)
- * 「装具装着」申請の場合は、医師の「証明書(治療用装具製作指示装着証明書)」と「領収書(日付・名前・金額・金額の内訳・但し書き記載要)」の原本を添付願います。領収書に金額内訳の記載がない場合は、別途内訳記載がある明細書も添付願います。
(靴型装具に係る申請の場合は、購入された靴型装具の横に領収書を並べて撮影した写真も添付願います)
- * 「治療用眼鏡」申請の場合は、医師による「弱視等治療用眼鏡等作成指示書」と「領収書(日付・名前・金額・金額の内訳・但し書き記載要)」の原本と「患者の検査結果の写(作成指示書に記載がある場合は不要)」を添付願います。

※領収書原本は返却できません(コピーを取り保管して下さい。)