

- ・添付書類は必ず原紙を提出してください。(レシート不可) ・添付書類は返却できません。(必要な方は事前にコピーをお取りください。)
- ・装具代については、治療経過等を確認するため、審査にお時間を要します。(給付決定分は、装具装着月の約4か月後に給付口座へ振込)
- ・支給決定通知書については、「保険給付金決定通知書」(給与明細の右下に記載)が、正式なものとなります。
- ・退職後も健康保険へ加入されている方は、書面にて支給決定通知書を送付し、給付口座に振込いたします。

療 養 費 (被保険者)
第二家族療養費 (被扶養者) 支給申請書

個人情報 の 取扱い については公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。
本人記入欄のご記入は必ずボールペン又はペンでお願いします。

被保険者証(記号・番号)	所 属 名			
	記号	番号(氏名コード)	勤務地	会社名・所属・内線番号
2000999999	〇〇〇〇	〇〇〇〇	◇◇◇◇販売会社	××××営業部 内線番号8-123-456
診療を受けた人の氏名	診療を受けた人の生年月日	続 柄		
健保 花子	昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日 令和 〇〇 歳	本人 家族：夫 妻 長男 次男 三男 長女 次女 三女 父 母 その他(具体的に記入下さい) []		
診療を受けた医療機関・所在地・医師名	傷病の原因 以下に該当しますか			
名称 〇〇〇〇病院	・交通事故などの第三者行為によるもの (はい いいえ)			
所在地 ◇◇◇◇市 ××××町 10-15	・食中毒によるもの (はい いいえ)			
医師名 〇〇 〇〇 Dr.	・業務上や通勤途上によるもの (はい いいえ)			
※「はい」の場合は、別途届出が必要です。				
装具を購入された場合	装具代の申請	医療費を立て替えた場合	医療費の申請	
<input checked="" type="checkbox"/> 装具を装着した。 負傷の場合は原因： 自転車で転倒し、負傷した。		<input type="checkbox"/> 健康保険証の携帯を忘れたため10割支払って受診した。 <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険証の申請中に受診した。 <input type="checkbox"/> その他 理由:		
傷病名	傷病名			
右足関節外側靭帯損傷	胃腸炎			
装具が必要と診断された日	受診の種別	診療期間		
令和 〇年 〇月 〇日	入院・外来	自：令和 〇年 〇月 〇日 (内 〇日間) 至：令和 年 月 日		
装具の金額	支払った金額			
※装具代申請の場合は、(診察代・薬代)記入不要 12,345 円	6,789 円			
被保険者署名・捺印				
シャープ健康保険組合理事長 殿		令和 〇年 〇月 〇日		
・上記の通り請求します。尚、私の受ける給付金の受領を事業主に委任します。		住所 〇〇〇市 〇〇〇町 1-2-3		
・医療機関等に保険給付の支給決定に必要な範囲内容照会を行うことについて同意します。		電話 0742-00-0000		
		氏名 健保 太郎		
		健保 受付印		
備考欄	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、本人確認するための添付書類が必要です。)			