（様式番号 38）　　（201704改訂）

シャープ健康保険組合

・ 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。）

療　養　費（被保険者）
第二家族療養費（被扶養者）　支給申請書

※この申請書は、給付金の請求を円滑に行うため、在職中の方は事業主経由で提出頂くこととしています。
個人情報（本人・家族）の取扱い上、事業主経由に支障のある方は、健保組合へお申し出下さい。
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（ﾌﾟﾗｲﾊﾞｼｰﾎﾟﾘｼｰ）」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。

本人記入欄

被保険者証（記号・番号） 記号	番号(氏名コード)	勤務地	所属名 会社名・所属・マルチ番号
2000	99999	○○○○	◇◇◇◇販売会社　××××営業部 マルチ番号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) ○○年○○月○○日 ○○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 ○○○○病院 所在地 ◇◇◇◇市　××××町 10-15 医師名 ○○　○○ Dr.	・交通事故などの第三者行為によるもの （はい・(いいえ)） ・食中毒によるもの　（はい・(いいえ)） ・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。

傷病名	申請の理由
両外反扁平足	☑ 装具を装着した。 負傷の場合は原因： 不明 ☐ 健康保険証の携帯を忘れたため10割支払って受診した。 ☐ 健康保険証の申請中に受診した。 ☐ その他 理由：

装具代金の申請の場合
装具が必要と診断された日：平成 29 年 1 月 10 日

医療費の申請の場合

入院/外来の種別	診療期間
入院・外来	自：平成　年　月　日 至：平成　年　月　日 （内　日間）

支払った金額：13,624 円

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、本人確認をするための添付書類が必要です。）

被保険者署名・捺印	事業主受付印
シャープ健康保険組合理事長　殿 平成 29 年 1 月 16 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。 ・医療機関等に保険給付の支給決定に必要な範囲で内容照会を行うことについて同意します。 住所　奈良市西田辺町1-1-1 電話　0742-00-0000 氏名　健保 太郎　健保 印	健保 受付印

・給付金は給与に振込いたします。（退職後の健康保険の方は指定口座に振込いたします。）