保険給付決定伺い					
支給総額		担当者	事務長	常務理事	
支給内訳	療養費				
	第二家族療養費				
	一部負担還元金		資格取得	・	・
	家族療養付加金				
	高額療養費		資格喪失	・	・
	合算高額療養付加金				

被保険者
家族

療養費支給申請書　（装具用）

被保険者等記号・番号	1 ― 1234	被保険者が勤務している事業所	中日新聞社
傷病名	右足関節靭帯損傷	発病または負傷年月日	明確でない場合は○年○月頃など記入 令和○○年○○月○○日
発病または負傷の原因	どこでのように（原因が特定できない場合は「不詳」と記入 自宅の階段を踏み外し、転倒して負傷		
傷病の経過			
診療または手当の内容	装具による療養	入院・通院の区分	入院・通院
診療または手当の期間	令和○○年○○月○○日から 令和○○年○○月○○日まで　○○日間	装具作製に要した費用	円
医療機関名と住所	○○病院 ○○県○○○市○○区○○町○丁目○番○号		
立替払いの理由	業者に装具の製作を依頼したため		
傷病が第三者行為によるときは事実ならびに第三者の住所・氏名			
被扶養者の申請の場合は氏名・生年月日・続柄	氏名	生年月日	続柄
	中日　花子	平成○○年○○月○○日	長女

上記のとおり申請します。

令和○○年○○月○○日

被保険者
住所　〒○○県○○○市○○区○○町○丁目○番○号
氏名　中日　一郎

日中対応可能な電話番号　（○○○）○○○○ ― ○○○○

中日新聞社健康保険組合殿