

本請求前にWeb登録をお願いします。支給決定額はWebサービスからご確認下さい。  
<https://kosmoweb.jp> 仮ID・仮パスワードがご不明な方は東レ健康保険組合までお問合せください

東レ健康保険組合 御中

〇〇年〇〇月〇〇日

療 養 費 支 給 申 請 書  
 第二家族療養費

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	0 0 0	番号	1 2 3 4 5 6 7	生年月日	〇〇年 4月 1日		
	住 所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 Tel. 000-000-0000				事業所	〇〇〇〇株式会社		
	氏 名	ケンボ 義保 太郎				職 場	〇〇〇 Tel. 111-1111-1000		
	療養が被扶養者に関するときはその者の氏名					生年月日	年 月 日	続柄	
	診療・薬剤の支給または手当の期間	〇〇年〇月〇日～〇〇年〇月〇日				受診種別 ・入院	・外来		診療等に要した費用の額 〇〇〇〇〇 円
	申請理由 (療養の給付を受けることができなかった理由)	①. 装具の製作所が保険医療機関でない為(装着日 〇〇年〇〇月〇〇日) 購入した装具: <input checked="" type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> 既製品(完成品) (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> して下さい) ②. 緊急やむを得ない事由で被保険者証を提出しなかった為 ③. <input type="checkbox"/> 鍼灸 <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ ( <input checked="" type="checkbox"/> して下さい)							
	傷 病 名	椎間板ヘルニア				傷病の発生日	〇〇年〇〇月〇〇日		
	上 記 負傷の原因	(いつ・どこで・どうした) 数日前からじっとしていても腰が痛むようになった。				相手がありますか	・はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
	診療を受けた 病院等	(名称・所在地)				(医師の氏名)			
	個人情報保護関連 (必ずご記入ください)	本件について、事業所を経由して給付すること、事業所に申請内容について問い合わせすることに同意します。(・ <input checked="" type="checkbox"/> はい)・いいえ) ・いいえの場合は支給が1～2ヶ月遅れます。							
振 込 先 (退職者のみ記入)	〇〇 銀行				口座番号	0000000			
	〇〇 支店				フリガナ	ケンボ 義保 太郎			
委 任 状 (受領を委任する場合のみ 記入)	本請求に基づく給付金の受領を 事業所 名称 氏名 に委任します。 被保険者氏名								
<注意事項>療養費支給申請書には次のものを添付して下さい。(特に指定のないものは全て原本) 1. 治療用装具(①コルセットなど②9歳未満の治療用めがね③リンパ浮腫用弾性着衣) ① 医療機関等が発行した「医師の意見書(同意書・証明書)および装具装着証明書」、領収書、靴型装具の場合は作成した装具の写真 ② 医師の「眼鏡等作成指示書」(視力等の検査結果が明記されていない場合は視力等の検査結果のコピー)、領収書 ③ 医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」、領収書 2. 保険証を持参しなかったため自費で診療を受けた場合 診療内容を記載した証明書、領収書(領収明細書) 3. 鍼灸 あんま・マッサージ 保険医の同意書、治療(施術)内容明細書、領収書、再同意の場合は施術師の「施術報告書」(写)						[受 付 日]			
事業所(職場)担当者 氏名						Tel.			