

常務理事	事務長	係	法定給付	円
			付加給付	円
			支給額	円

療 養 費 支給申請書
 第二家族療養費

(治療用装具・立替払い等)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	事業所名		被保険者等記号・番号		被保険者氏名	
			-			
	被保険者の住所					
	(請求が被扶養者のとき) 被扶養者氏名	被扶養者 生年月日	S・H・R 年 月 日		続柄	
	傷病名	発病又は 負傷年月日		年 月 日		
	発病又は負傷 の原因及びそ の経過	(いつ) 年 月 日 時頃			第三者行為によるものですか？	
		(どこで)			・ いいえ ・ はい	
		(何をしています)				
	診療を受けた 医療機関等の	名称	所在地			
	診療期および 診療に要した 費用	年 月 日 から			(診療費用)	
年 月 日 まで 日間						
治療用装具(コルセット等)費用請求の 場合、採型・採寸が行われた日		年 月 日		円		
療養の給付を 受けることが できなかった 理由 (該当するもの に○)	1. 治療用装具(コルセット・眼鏡等)の装着 2. マイナ保険証や資格確認書の提示をしなかったため、全額自費で支払った 3. その他(具体的に)					
委任状	レngoー健康保険組合理事長 殿 上記により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。 被保険者住所 氏名				年 月 日	

《必要な添付書類》

◎治療用装具装着の場合

- ・装具の装着を認めた医師の「証明書」(原本)
- ・治療用装具の「領収書」(原本)
 ※装具型番号など内訳がわかるもの
- ・靴型装具のみ「現物写真」「事前届出書」添付

◎全額自費立替払いの場合

- ・「診療報酬明細書」(レセプト写)
 ※領収書と一緒にもらえる「診療明細書」ではありません。
- ・「領収書」(原本)