

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  
**第二家族療養費** 支給申請書

(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		被保険者記号・番号		被保険者氏名	
	レngoー(株)大阪本社		10 - 12345		健保 太郎	
	被保険者の住所	大阪市北区梅田2-2-2				
	(請求が被扶養者のとき) 被扶養者氏名	健保 花子	被扶養者 生年月日	S・H・R 60年5月10日	続柄	妻
	傷病名	左足骨折		発病又は 負傷年月日	令和5年4月10日	
	発病又は負傷 の原因及びそ の経過	(いつ) 令和5年4月10日 15時頃			第三者行為によるものですか?	
		(どこで) 自宅近くの公園			・ いいえ ・ はい	
		(何をしていた) 散歩				
	診療を受けた 医療機関等の	名称	中之島病院	所在地	大阪市北区中之島 1	
	診療期および 診療に要した 費用	年 月 日 から 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 令和5年5月10日				(診療費用) 7,388 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. 保険証を持たずに診療を受け、全額自費で支払った(理由) 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。				令和5年5月20日	
	被保険者住所		大阪市北区梅田2-2-2			
	氏名		健保 太郎			

◎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)