

記入しないこと	支給決定伺					支給決定	平成	年	月	日
	支給額	円				常務理事	事務長	担当者		
	摘要									

**被保険者
家族療養費支給申請書 300**

(第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者の 事業所番号 保険証番号	事業所 番号		(2) 事業所の 名称・所属	名称		所属	
	(3) 傷病名			(4) 発病または 負傷の原因				
	(5) 診療や手当を 受けた医師の 名称・氏名	名称		(6) 所在地				
	(7) 診断の期間	自平成	年 月 日	日間	(8) 診療に要した 費用	金		円也
	(9) 保険診療を 受けられな かった理由							
	(10) 第三者の行為 により負傷し たときはその 事実及び加害 者の氏名住所							
	(11) 申請が被扶養 者に関する ときはその氏名	氏名		(12) 生年月日	明 昭 大 平	年 月 日	(13) 続柄	

委 任 す る と こ ろ	平成 年 月 日 上記のとおり申請します。
	南海電気鉄道健康保険組合理事長 殿 私は上記申請に関する一切の事務を 印 に委任いたします。

受付日付	被保険者の 住所 氏名	印 1
------	-------------------	-----

KR30011704PI

申請上の注意
 1、この様式は、被保険者又は家族が、やむを得ない事情で、保険による診療を受けることができず、その診療に要した費用を療養費又は家族療養費として申請するものです。
 2、この申請をするときは、保険診療を受けられなかった理由を詳細に記入し、医師から診療報酬明細書及び領収書を添付し組合に提出して下さい。
 3、この申請が被保険者である場合は、申請の表題の「被保険者」を で囲み、被扶養者である場合は、「家族」を で囲んで下さい。
 4、家族申請の場合は、「(11)被扶養者の氏名・(12)生年月日・(13)続柄」欄に記入して下さい。
 1この申請書は、ご本人の同意なく本目的外に使用いたしません。現職の方は、事業主経由にて手続き・支払いを行います。