常務理事		事務長						係	

健康保険 療養費 第二家族療養費 支給申請書

被保険者等記号・番号	記号	３２	事業所の名称		
	番号				
療養が被扶養者であるとき	氏名		続柄		生年月日	年　月　日
傷病名			発病または負傷年月日	年　月　日
発病の原因			第三者行為によるものですか	はい・いいえ
診療を受けた病院等の名称			診療に要した費用の額	円
療養の申請をする理由	１．保険証不携帯受診　２．治療用装具作成 ３．その他（　　）			

振込先	銀行名	銀行　　店		
	口座番号		預金種別	普通・当座
	口座名義（被保険者名）	（フリガナ）		

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

所　属

被保険者

氏　名　　㊞

北海道新聞社健康保険組合理事長 殿　　※自著の場合は押印を省略できます。

【添付書類】

立替払等・・・① 診療明細書（医療機関で発行）　② 領収（明細）書

治療用装具・・・① 装具装着証明書（治療用眼鏡の場合は作成指示書等）　② 領収書

生　　血・・・① 輸血証明書　② 領収書

支給決定欄	種別	算定の基礎	金額
	療養費 第二家族療養費	円 × 割	円
	療養費 第二家族療養費	円 × 割	円
	支給決定額		円

受付日付印