

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 家 族

●ボールペン等の消えないペンでご記入ください。(鉛筆、消えるペンでの記入不可)

●ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

被 保 険 者 情 報	① 被保険者証 記号		番号		
	② 氏 名 (フリガナ)		③ 生 年 月 日 昭・平・令 年 月 日		
	④ 住 所		⑤ 電 話 番 号 () ※日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。		
	⑥ 事 業 所 名称		電話番号 ()		
		所在地			

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申 請 内 容	⑦ 受 診 者 (どちらかに✓) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		⑧ 業務中、通勤途中または 第三者行為によるものですか※ はい・いいえ		
	⑨ 受診者が家族(被扶養者)の場合 氏名		生年月日 昭・平・令 年 月 日 続柄 ()		
	⑩ 傷 病 名		⑪ 発病又は負傷年月日 (療養開始日) 令和 年 月 日		
	⑫ 発病又は負傷の原因及びその経過 (けがの場合は、いつ、どこでどのように負傷されたか) 経過				
	⑬ 診療を受けた病院等 名称		⑭ 診療した医師の氏名		
	所在地				
	⑮ 診療期間(支給期間) 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日数 日)				
	上記期間に入院していた場合はその期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日数 日)				
⑯ 療養に要した費用 円					
⑰ 療養の給付を受けることができなかった理由 (該当箇所) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 現物給付対象外であるため <input type="checkbox"/> 緊急でやむを得ず受診し、保険証をもっていなかったため <input type="checkbox"/> その他 (理由) ()					

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

「個人振込」「事業所払い」のどちらかを記入してください。

個人振込【※被保険者名義。※通帳等、口座情報の確認できるもののコピーを必ず添付してください。事業所払いの場合は記入不要です。】

支 払 金 融 機 関	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	金融機関コード	預金種別 普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	支店コード	口座番号

事業所払い【個人振込の場合は記入不要です。】

委 任 状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記、受領責任者に委任します。	令和 年 月 日
	給付金 受領責任者	氏名	

組合受付印

※添付書類一覧も必ずご確認ください。

東京都土木建築健康保険組合

【添付書類一覧】

●下記内容に応じて申請書に添付してください。

申請の内容	添付書類
① 保険証交付前に受診した ア 以前の保険証を利用 イ 自費で受診 ② やむを得ず保険証持参できなかった	<ul style="list-style-type: none"> ・領収証原本 ア 前の保険者に支払った領収証 イ 医療機関へ全額支払った領収証 ・診療報酬明細書の写し <p>注1)診療明細書ではありません。</p> <p>注2)医療機関毎、月毎、診療区分(入院・外来・調剤)毎に申請書が1枚必要となります。</p>
③ 治療用装具(コルセット等)を作成した。	<ul style="list-style-type: none"> ・領収証原本及び内訳 ・医師同意書(作成指示書)原本
④ はり・灸を受けた ⑤ あんま・マッサージを受けた	<ul style="list-style-type: none"> ・領収証原本(全額自己負担分) ・医師同意書原本 ・療養費支給申請書【下記に該当するもの】 (はりきゅう施術者記入用) (あんまマッサージ施術者記入用) <p>※各施術者記入用申請書は施術側で用意してある 施術内容のわかるものでも可。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・往療状況確認表(往療があった場合)
⑥ 輸血代に関する申請	<ul style="list-style-type: none"> ・領収証原本(全額自己負担分) ・医師証明原本
⑦ 海外で療養を受けた	<ul style="list-style-type: none"> ・領収明細書原本(担当医署名)…㉗ ・診療報酬明細書原本(担当医署名)…㉘ ・領収証原本(全額自己負担分)…㉙ ・上記㉗～㉙に係る翻訳文 (翻訳者の住所・氏名・連絡先電話番号もご記入ください。) ・調査に関わる同意書 ・航空券/パスポート等の渡航歴がわかる書類の写し
支払先が個人振込の場合(①～⑦共通)	<ul style="list-style-type: none"> ・口座情報が確認できるものの写し (通帳/キャッシュカード等) <p>※被扶養者の療養費であっても振込先は 被保険者名義のものにしてください。</p>
・その他、審査内容に応じて別途書類をお願いする場合がございます。	