

被保険者  
健康保険  
家 族 療養費 支給申請書

●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 險 者 情 報	① 被保険者等 記号	番号
	(フリガナ)	
	② 氏名	③ 生年月日 昭・平・令 年 月 日
	〒 一	都・道 府・県
	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 所在地	電話番号 ( )

【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	原因			
	⑬ 診療を受けた病院等	名称	所在地	⑭ 診療した医師の氏名	
	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 (該当箇所に ✓ )	<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、マイナ保険証等をもつていなかったため <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( )
		支店・本店・出張所 その他( )	支店コード	口座番号
	口座名義 (カタカナで記入)			

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		

令和 年 月 日提出

組合受付印

## 【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 マイナ保険証等交付前に受診した ア 以前のマイナ保険証等を利用 イ 自費で受診 ② やむを得ずマイナ保険証等を持参できなかった	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・診療<b>報酬</b>明細書の写し</li> </ul> <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"> <li>・領収証原本及び内訳</li> <li>・医師同意書(作成指示書)原本</li> </ul>
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"> <li>・領収証原本(全額自己負担分)</li> <li>・医師同意書原本</li> <li>・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)</li> </ul> <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"> <li>・往療状況確認表(往療があった場合)</li> </ul>
⑥ 輸血代に関する申請	<ul style="list-style-type: none"> <li>・領収証原本(全額自己負担分)</li> <li>・医師証明原本</li> </ul>
⑦ 海外で療養を受けた	<ul style="list-style-type: none"> <li>・領収明細書原本(担当医署名)…②</li> <li>・診療報酬明細書原本(担当医署名)…①</li> <li>・領収証原本(全額自己負担分)…④</li> <li>・上記②～④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。)</li> <li>・調査に係る同意書</li> <li>・航空券/パスポート等の<b>渡航歴がわかる書類</b>の写し</li> </ul>
支払先が個人振込の場合(①～⑦共通)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> </ul> <p>※被扶養者の療養費であっても振込先は<b>被保険者名義</b>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。	