

健康保険 被保険者 療 養 費 支 給 申 請 書
家 族 療 養 付 加 金 (立替払・治療用装具・生血)

被 保 険 者 の 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の	記号	番号	生年月日	昭和・平成	年	月	日	被保険者の氏名		<input type="checkbox"/> 本人記載確認							
	被保険者(請求者)の住所と連絡先	〒 - 電話 ()																
	事業所の名称						被保険者の仕事の内容											
	療養が家族に関するものである時はその方の	氏名	生年月日		昭和・平成・令和	年	月	日	被保険者からみた続柄									
	傷病名				資格取得年月日	平成・令和	年	月	日									
	発病または負傷の原因				発病または負傷の年月日	平成・令和	年	月	日	時	分頃							
	傷病の経過								第三者の行為による	負傷ですか								
	診療を受けた医療機関名称				診療した医師の氏名													
	医療機関の所在地																	
	診療の内容																	
	診療の期間(装具装着日)	自：令和	年	月	(日	日間)	左記の期間中の入院期間	自：令和	年	月	(日	日間)	至：令和	年	月	日
	診療を受ける事ができなかった理由				診療に要した費用の額							円						

※退職者は記入必須	銀行	銀行名	支店名	種別	口座番号				口座名義(カタカナ)
	口座			普通・当座					

※公金受取口座利用の場合は、口座欄は記入しないでください。

公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータルで事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 、利用しない場合は口座又は委任状欄を記入)
--------	--

委 任 状 欄	私はこの給付金の受領を下記受任者に委任します。 令和 年 月 日										令和 年 月 日提出	
	被保険者(請求者)	住所	氏名								⑩	受付日付印
	受任者(事業所)	住所	氏名								⑩	

○本人押印・署名の省略にあたり、被保険者本人が記載したことの確認の為「本人記載確認」欄にチェックをしてください。

【添付書類】 以下の書類を併せてご提出ください

<装具の場合> 領収書原本。医師の証明書原本

<立替払いの場合> 領収書の原本と診療報酬明細書

<はり灸マッサージの場合> 領収書原本(レシート不可)、領収施術明細書、保険医の施術同意書(初療及び初療から6か月を超える請求ごとに保険医の同意書原本、それ以外の月は直近の同意書のコピー)

※外傷を原因とした請求の場合、上記書類に加え負傷原因届をご提出ください。