健康保険　被保険者　**療　養　費**　支　給　申　請
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					
被保険者等の	記　号	番　号	生年月日	昭和・平成　年　月	
			被保険者の氏　名		
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			被保険者からみた続柄	
	生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日			
傷病名			資格取得年月日	平成・令和　年　月	
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　時	
傷病の経過				第三者の行為に負傷ですか	
				はい　・　いい	
診療を受けた医療機関名称			診察した医師の氏名		
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） 至：令和　年　月　日		左記の期間中の入院期間	自：令和　年　月　日（ 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		

☐　マイナポータル等で事前登録した受取口座を利用します。（利用する場合は☑、利用しない場合は下記の欄に記入）

※退職者のみ記入	銀行口座	銀行名	支店名	種別	口　座　番	口座名義（カタカナ
				普通・当座		

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		
被保険者（請求者）	住所	
	氏名	㊞
受任者（事業所）	住所	
	氏名	㊞

令和　年　月

受付日付印

※被保険者が現職の方は必ず委任状欄を作成し事業所を通してご提出ください。

【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

※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。

東京都鉄二健康保険組

書

日

日

日

分頃

による

いえ

日間）

円

）

日提出

初療から

コピー）

合