

健康保険 被保険者
家族 療養費 支給申請書

立替払・治療用装具

被 保 険 者 情 報	①被保険者等	記号	番号	②生年月日	昭・平・令	年	月	日
	③氏名(申請者)	(フリガナ)						
	④住所(申請者)	〒	—	都・道 府・県				
	⑤電話番号 (日中の連絡先)	()						
	⑥事業所名称							
	⑦療養費の決定をするにあたり、当健康保険組合が関係機関等へ照会すること、また関係機関等が回答をすることに対して同意します。なお、本書の写しも有効であることを認めます。				被保険者氏名 (申請者氏名)			

【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	⑧受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	⑨発病又は負傷年月日	昭・平・令	年	月	日					
	⑩家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄()					
	⑪傷病名												
	⑫発病又は負傷の原因 (詳しく)	業務外・業務上・通勤途上 ※業務上・通勤途上(被扶養者の場合は パート・アルバイトを含む)の場合は、労働 基準監督署にご相談ください。	(何をしていて)										
	⑬傷病の原因に相手がいま すか(交通事故やケガ等)	はい・いいえ	「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。(過失割合に応じて組合から相手に請求します。加害者から組合負担分の治療費を受け取っている場合は、療養費の請求はできません。)										
	⑭診療を受けた病院等	名称											
		所在地	⑮診療した医師の氏名										
	⑯診療期間(支給期間)	平・令	年	月	日	から	平・令	年	月	日	まで	(日数	日)
	⑰上記期間に入院して いた場合はその期間	平・令	年	月	日	から	平・令	年	月	日	まで	(日数	日)
	⑱療養に要した費用	円	⑲診療の内容										
⑳療養の給付を受ける ことができなかった理由 (該当するものに✓)	<input type="checkbox"/> マイナ保険証、資格確認書等を持っていなかったため(理由) <input type="checkbox"/> 以前加入していた保険者(国民健康保険等)の資格で医療機関を受診してしまったため <input type="checkbox"/> 医師の指示により治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> 医師の同意を得て鍼灸マッサージ施術をしたため <input type="checkbox"/> 海外の医療機関で受診したため (理由) <input type="checkbox"/> その他 (理由)												

委 任 状	②被保険者 (申請者)	本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領は受任者に委任します。	令和	年	月	日
	②受任者 (事業所)	受任者氏名は当健康保険組合に提出している給付金振込依頼書と同一にしてください。				

受付日付印

㉓備考

㉔社会保険労務士の
提出代行者名記載欄