

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と ころ							
①被保険者証の記号・番号	記 号	番 号	②被保険者 (請求者)の氏名				
③事業所名称			④被保険者の住所	〒 ー			
⑤家族療養費の申請であるときはその者の	氏 名	生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日	被保険者との続柄		
⑥傷 病 名							
⑦診療を受けた医療機関の	名 称			所在地			
⑧医師の氏名							
⑨傷病の経過							
⑩診療の内容							
⑪診療の期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日						
⑫診療に要した費用の額	円						
⑬コルセット等に関する申請のとき	装着日	令和 年 月 日	装着	装着したときは	入院中・外来時		
⑭療養の給付を受けることができなかった理由							
⑮発病または負傷の原因	発病または負傷年月日	平成・令和 年 月 日 (曜日)		午前	時	分頃	午後
	発病または負傷の原因(何をしていた)						
	負傷の場所(どこで)						
	負傷したときは	出勤前・出勤途中・勤務中・休憩中・退社途中・休日・帰宅後・その他()					
	第三者行為で	ある・ない		交通事故で	ある・ない		

金 額 の 受 領 委 任 欄
⑯本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。
令和 年 月 日
被保険者(請求者)の
氏 名 _____
委任された者の
住 所
名 称
氏 名 _____

【添付書類】

1. コルセット等治療用装具に関する請求のときは、装着が治療のため必要と認められた医師の証明及び領収書(原本)を添付してください。
 2. 緊急、その他やむを得ない事由の為自費で支払った費用を請求するときは、診療に要した費用の領収書及び診療内容の明細がわかるもの。
 3. 国民健康保険・健康保険協会等に返納した医療費を請求するときは、市町村・健康保険協会等が発行した領収書及び診療報酬明細書。(診療報酬明細書の交付方法については、市町村等にご相談ください。)
 4. 海外でかかった医療費を請求するときは、この申請書の他に組合指定用紙が必要ですので、お問い合わせください。
- 注1. 第三者行為によるときは、「第三者行為による届書」を添付してください。
(届書は組合までご請求ください。)