

健康保険被保険者家族療養費支給申請書

◎記入方法および添付書類については、「記入上の注意事項」・「添付書類」をご覧ください。

被 保 者	① 被保険者証の	⑦ 記号		② 被保険者 (申請者)の	⑦ 氏 名	(フリガナ)
		① 番号			① 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
入 記 入 す る と こ ろ	③ 被保険者(申請者) の 現 住 所		〒 — —		TEL () —	携帯 () —
	④ 被保険者が勤務する (していた)事業所の名称					
	⑤ 療養が被扶養者に 関するときはその方の	⑦ 氏 名	(フリガナ)	① 生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	⑥ 傷 病 名				⑦ 第三者行為によるものですか いいえ ・ はい	
	※ 外傷性のもの(骨折・損傷など)、腰部・頸椎疾患の場合は負傷原因記入欄 (⑳欄)を記入してください。				※ 「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。	
	⑧ 発病または負傷 年月日(初診日)	年 月 日	⑨ 発病の原因 および経過			
	⑩ 診療を受けた 医療機関等の	⑦ 名 称	① 診療した 医師の氏名			
		⑦ 所在地				
	⑪ 診療の期間または装具等が必要とされた日		⑫ 入院・入院外の別	⑬ 入院の場合左記の入院期間		
	年 月 日から 年 月 日まで 日間		入院外 入院	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
	⑭ 診 療 の 内 容			⑮ 診療に要した 費用の額	円	
	⑯ 療養の給付を受ける ことができなかった理由 (記入または該当するものに ○を打ってください)		ア. 治療用装具を作成をしたため イ. 加入して間もなく、被保険者証が届いていなかったため ウ. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため エ. 旧被保険者証で受診したため オ. その他()			

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

年 月 日提出

受付日付印

組 合 記 入 欄	療養費の別					海外表示
	1. 立 替 払 等	2. 治 療 用 装 具	3. あんま マッサージ 師の施術		1. 国 内	
	4. はり きゅう 師の施術	5. 生 血	6. 食事療養標準負担額		2. 海 外	
備考						

次ページに委任状欄・負傷原因記入欄があります。

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日		
	⑱ 被保険者(申請者)の氏名		
	⑲ 代理人の	㉞ 事業所名称	内
		㉟ 氏名	

被保険者記入するところ	⑳ 負傷原因記入欄 傷病名が外傷性のもの(骨折・損傷など)、腰部・頸椎疾患である場合、記入または該当するものに○を打ってください。		
	対象者		傷病名
	1. 負傷した日時はいつですか。 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃		
	2. 負傷した時間帯は次のうちどれですか。 出勤前・通勤途中(出勤時・帰宅時)・勤務中・出張中・休憩中・帰宅後 休日(定休日・有給休暇など)・その他()		
	3. 負傷した場所はどこですか。 会社内・工場内・道路上・営業先・自宅・その他()		
	4. 負傷した状況(原因)を具体的に記入してください。		
	5. 第三者の行為による負傷ですか。 いいえ・はい(相手のいる負傷の場合は別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。)		
	6. 現在も治療を受けていますか。 はい・いいえ(「いいえ」の場合 年 月 治療終了)		

被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。
 (マイナンバーにより申請する場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類を添付の上、この欄に記載してください。)

社会保険労務士の提出代行者	
---------------	--

【記入上の注意事項】

1. 申請書は診療月ごと医療機関ごとに入院・入院外を分けて作成してください。
2. 医師以外の方から手当を受けた場合は、⑩の㉗～㉙欄および⑪～⑮欄はそのように読み替えて記入してください。
3. 傷病名(⑥欄)が外傷性のもの(骨折・損傷など)、腰部・頸椎疾患の場合は、負傷原因記入欄(⑳欄)を記入してください。
4. 字句を訂正する場合は誤った字句を2重線で抹消し、そのうえで正しい字句を記入してください。

【添付書類】

1. 自費で診療を受けた場合

緊急かつやむを得ない事情により診療を受けた場合に限り支給されます。

- ・ 診療に要した費用の「領収書」
- ・ 傷病名・診療内容が記入された「診療報酬明細書」

2. 治療用装具を作成または購入した場合

ア、コルセットなどの場合

- ・ 医療機関等が発行した「医師の意見書および装着証明書」
- ・ 実費についての「領収書」
- ・ 靴型装具を作成した場合は「装着時の装具の写真」

イ、9歳未満の方の小児弱視等の治療における眼鏡やコンタクトレンズの場合

- ・ 作成または購入した際の「領収書」または「費用の額を証する書類」
- ・ 医師の治療等眼鏡等の「作成指示書」の写し
- ・ 視力等の「検査結果」の写し
*「作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合

ウ、弾性着衣等の場合

- ・ 作成または購入した際の「領収書」または「費用の額を証する書類」
- ・ 装着部位、手術日等が明記されている、医師の弾性着衣等の「装着指示書」

エ、スティーヴンス・ジョンソン症候群および中毒性表皮壊死症の眼後遺症において作成された輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズの場合

- ・ 購入した際の「領収書」または「費用の額を証する書類」
- ・ 医師の治療用コンタクトレンズの作成指示書等の写し
(疾病名が記載された処方箋の写し等支給対象となる疾病のため指示したことが確認できるもの)

3. 柔道整復師の施術または鍼灸マッサージ師の施術を受けた場合

- ・ 費用の「領収書」
- ・ 傷病名・施術内容が記入された「明細書」
- ・ 医師または歯科医師の「同意書」

4. 生血を輸血した場合

輸血を必要と認めた医師の「証明書」および血液代金の「領収書」

5. 入院時の食事療養標準負担額の減額があり差額支給を受けようとする場合

- ・ 食事療養標準負担額に要した費用の額に関する領収書
- ・ 減額認定証の交付を受けていないときは交付申請書、または(非)課税証明書

※ 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは「第三者の行為による傷病届」

※ 上記添付書類が外国語で記入されているときは翻訳者の住所・氏名を明記した「翻訳文」