被保険者 家族　療養費支給申請書

※日付はすべて**和暦**で記入

被保険者・被扶養者記入欄	被保険者証	記号		番号		被保険者氏名		印（回転印不可）
	事業所名・所属	（ 所属 ）				生年月日	（和暦） 年 月 日	
	被保険者の住所	〒 ―				TEL	（ ）	
	被扶養者が受診した場合	氏名		生年月日	（和暦） 年 月 日	続柄		
	傷病名	**外傷の場合は「傷病原因届」を添付**				発病又は負傷の年月日	年 月 日	
	発病または負傷の原因	**第三者行為により受傷した場合は、「第三者による傷病届」を添付してください。**						
	診療を受けた医療機関等	住所（所在地）						
		医療機関名				診察した医師名		
	申請理由（該当理由に「レ」を入れてください）	☐ 治療用装具（コルセット等）作成のため ☐ 以前加入していた健康保険を使用したため ☐ 保険証の不携帯のため提示できず、１０割負担したため ☐ その他（ ）						
	備考欄		被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。（個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。） **※記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。**					
治療用装具を装着する場合の医師の意見記入欄	装着年月日	年 月 日				装着時	☐ 入院 ☐ 外来	
	傷病名					装具名		
	うえの傷病のため治療用装具の装着を認めます。 年 月 日 住所（所在地） 医療機関名 医師名 印 TEL （ ）							

◎治療用装具を装着した場合は、上記に医師の意見を記入してもらい（証明書の添付でも可）、領収証と明細書を添付してください。

◎医療機関で発行した診療報酬明細書（病名の記載が入ったもの）、調剤報酬明細書と領収証を添付してください。

◎この申請書は、受診者別、診療月別、医療機関別、入院・外来別に申請してください。

委任欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主（代理人）に委任します。 年 月 日 被保険者氏名 印 （回転印不可）

受付日付印

※退職された方のみご記入ください。（被保険者本人名義に限ります。）

※退職者記入欄	銀行コード		支店コード		口座番号			
	☐ 銀行 ☐ 農協 ☐ 信金 ☐ 信組		☐ 本店 ☐ 支店	種別	☐ 普通 ☐ 当座			
	フリガナ 名義人							

ＩＨＩグループ健康保険組合　2019.7