

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	1	番号	1 2 3 4 5 6	被保険者氏名	健 保 太 郎					
	事業所名・所属	(所属)	株式会社 I H I 総務部 総務課				生年 月日	(和暦) ××	〇〇 年 1 0 月 1 0 日			
	被保険者の住所	〒 9 8 7 - 6 5 4 3 東京都中央区佃五丁目 3 番 2 号					Tel	0 3 (9 9 9 9) 8 8 8 8				
	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 左十字靱帯断裂					発病又は負傷の年月日					
	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。 ソフトボールの試合中にベースにスライディングした時。										
	診療を受けた医療機関等	住所 (所在地)	東京都〇〇区〇〇町〇〇									
		医療機関名	東京都立〇〇記念病院			診察した医師名	〇 〇 〇 〇					
	申請理由 (該当理由に「レ」を入れてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具 (コルセット等) 作成のため <input type="checkbox"/> 以前加入していた健康保険を使用したため <input type="checkbox"/> 保険証の不携帯のため提示できず、10割負担したため <input type="checkbox"/> その他 ()										
	備考欄	<small>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。</small>										
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	×× 〇〇 年 4 月 2 0 日			装着時	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来						
	傷病名	左十字靱帯断裂			装具名	膝関節装具軟性						
	うえの傷病のため治療用装具の装着を認めます。 ×× 〇〇 年 4 月 3 0 日 住所 (所在地) 東京都〇〇区〇〇町〇〇 医療機関名 東京都立〇〇記念病院 医師名 〇 〇 〇 〇 Tel 0 3 (8 8 8 8) 8 8 8 8											

- ◎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。								/ 受付日付印 \
	×× 〇〇 年 5 月 3 1 日								在職者のみ記入
	被保険者氏名 健 保 太 郎 (回転印不可)								

※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	1	2	3	4	支店コード	5	6	7	口座番号	8	9	0	1	2	3	4
	みずほ		<input checked="" type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 農協		赤坂		<input type="checkbox"/> 本店	種別		<input checked="" type="checkbox"/> 普通						
			<input type="checkbox"/> 信金	<input type="checkbox"/> 信組				<input checked="" type="checkbox"/> 支店			<input type="checkbox"/> 当座						
フリガナ ケンポタロウ 退職者のみ記入																	
名義人 健 保 太 郎																	