

健康保険被保険者家族療養費支給申請書

記入例

令和2年7月1日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	下記のとおり申請いたします。						
	被保険者 (申請者)		住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇〇〇			
			電話	(03) 1234 - 5678			
			氏名	健保 太郎			
	被保険者等 記号・番号	記号 1	番号 1234	事業所 名 称	〇〇株式会社		
	傷 病 名	かぜ			発病又は負傷の 年 月 日	令和 2 年 1 月 19 日	
	発病又は 負傷の原因	不詳					
	傷病の経過	原因不詳、経過良好					
	診療を受けた 病院等の 名称・住所	名 称	〇〇〇クリニック				
		住 所	上海市〇〇〇〇〇				
診療の内容	診察、薬の処方			診療に要した 費 用 の 額	金	4,000 円也	
診療の期間	自 令和 2 年 1 月 19 日 1 日間			入院の場合 入院期間			
	至 令和 2 年 1 月 19 日			自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日 日間			
治療用装具を装着した場合は装着年月日を記入してください				令和 年 月 日			
保険で診療を 受けることが できなかった 理由	海外在住のため						
第三者の行為 によって負傷 したものであ るか否か	あ る ・ な い	その事実の届 第三者の (不明のときは					
申請が被扶養 者に関するこ とはその者の	氏 名	被扶養者が受信した場合は、被扶養者 の氏名・生年月日・続柄をご記入くだ さい			日	被保険者 との続柄	

委 任 状	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。		令和 2 年 7 月 1 日	受付日付印
	被保険者 (請求者)	健保 太郎		

支 払 金 融 機 関	※退職後の申請で、事業者の指示があった場合はご記入ください。		
	銀 行 信金・信組		
	支店番号	口 座 番 号	名義人(フリガナ)

在職中の方は「委任状」欄に署名をしてください
※給付金は給与と合算して給与口座に振り込まれます
退職した方は「支払金融機関」欄にご希望の口座をご記入ください
※給付金をご記入いただいた口座に振り込まれます

- 添付書類
- ① (被保険者証／資格確認書／マイナ保険証を持たずに診療を受けた場合)
診療報酬明細書(レセプト)と領収書(原本)、
または健保申請書「領収(診療)明細書」(領収書別紙の場合は「領収(診療)明細書」と領収書原本のセット)

② (治療用装具を作成した場合)
医師の意見書(原本)、治療用装具の明細が記入された領収書(原本)

③ (小児用眼鏡を作成した場合)
医師の作成指示書(写し)または眼鏡の処方箋(写し)、領収書(原本)

④ (海外で受診した場合)
【医科】同意書、診療内容明細書(様式A)、領収明細書(様式B)、翻訳者の住所・氏名・捺印された日本語の翻訳文、(旅券や航空券など海外に渡航した事実が確認できる書類(写))
【歯科】同意書、歯科診療内容明細書、領収書(原本)、翻訳者の住所・氏名・捺印された日本語の翻訳文、(旅券や航空券など海外に渡航した事実が確認できる書類(写))

※ 事業所記入欄(渡航理由)
該当枠に✓
1. ☐ 業務命令による渡航

2. ☐ 上記以外