記入例

健康保険　被保険者 家族　療養費支給申請書

下記のとおり申請いたします。　令和　2　年　7　月　1　日　提出

被保険者が記入するところ	被保険者（申請者）	住所	〒　123　－　4567
			東京都〇〇区〇〇町1-2-3
		電話	（　03　）　1234　－　5678
		氏名	健保　太郎
	被保険者証の記号と番号	記号 1	番号 1234
	事業所名称	〇〇〇株式会社	
	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	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
	診療内容	診察、薬の処方	診療に要した費用の額　金　5000　円也
	診療の期間	自　令和　2　年　1　月　19　日 至　令和　2　年　1　月　19　日 1　日間	入院の場合　入院期間 自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日 日間
		治療用装具を装着し 装着年月日を記入し	
	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	届出
	申請が被扶養者に関するときはその者の	氏名	

交通事故に巻き込まれたなど、第三者による負傷の場合は「ある」に、それ以外の場合は「ない」に〇をつけてください
「ある」の場合、「第三者行為による傷害事故届」など追加の書類が必要となります

被扶養者が受診した場合は、
被扶養者の氏名・生年月日・続柄をご記入ください

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　年　月　日 被保険者（請求者）　健保　太郎

支払金融機関	※退職後の申請で、事業主の指示があった場合はご記入ください。
	支店番号

在職者の方は「委任状」欄に署名してください
（給付金は給与口座と合算して振り込まれます）

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
（給付金は申請書に記載の口座に振り込まれます）

添付書類

① （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））

※事業所使用欄（渡航理由）
該当枠に✓
1.　☐　業務命令による渡航
2.　☐　上記以外

受付日付印

ワークスアプリケーションズグループ健康保険組合