

健康保険 療養費 第二家族療養費 支給申請書 (第 回日)

◆次ページの注意事項をよく読んでください

被保険者の記号番号	記号 000 番号 0000	被保険者の(請求者)氏名と印	健保 太郎 (健保印)		
被保険者の現住所	〒0000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 電話番号000(000)0000				
療養が被扶養者に関するときは、その者の氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日	被保険者との続柄		
傷病名	風邪	発病又は負傷年月日(診療開始日)	平成 〇 〇 〇 〇 〇 〇	被保険者との続柄	
発病又は負傷の原因及びその経過	熱と腹痛があり、病院に行った。			第三者行為によるものですか はい <u>いいえ</u>	
診療を受けた病院等	名称	〇〇〇〇 hospital		診療した医師等氏名 〇〇 〇〇	
	所在地	1000 ABC Road, Tumon, Guam 96931, USA			
診療の期間(支給期間)	自 〇 〇 〇 〇 〇 〇 日	入院・入院外の別	入院の場合左記の入院期間	診療に要した費用の額	
	至 〇 〇 〇 〇 〇 〇 日	・入院 ・入院外	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日 日間	〇〇〇〇 円	
診療の内容	投薬	療養の給付を受けることができなかった理由 海外旅行中だったため。			
<p>▼必ず記入してください</p> <p>《同意欄》1・2のいずれかを記入してください。</p> <p>① 私は、この申請に係る健保組合からの問い合わせ・支給決定の通知を事業所の健保担当者を通じて行うことに同意します。</p> <p style="text-align: right;">被保険者(請求者)氏名 健保 太郎 (健保印)</p> <p>2. 同意されない方は下記に平日(9時~17時)に連絡が取れる電話番号を記入してください。</p> <p>・本人(勤務先/携帯/自宅) _____</p> <p>・家族(氏名 _____) (携帯/自宅) _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 (_____)</p>					

● 振込先を記入下さい。(★フリガナは必ず記入してください)

〇〇 <u>銀行</u> ・信金 農協・信組	普通・当座 貯蓄・その他	口座番号	0 0 0 0 0 0 0 0
〇〇 支店	★ フリガナ	ケンボ タロウ	
	口座名義	健保 太郎	

※ 振込先の金融機関・支店名・口座番号に誤りがないか再度確認してください。

受付日付印

私の受ける金額の受領方を下記の者に委任します。

被保険者氏名 健保 太郎 (健保印)

住所 〇〇県〇〇市〇〇町1

受任者 氏名 〇〇 〇〇 (印)

領収(診療)明細書

患者名		傷病名	
入院外		入院	
初診	時間外・休日・深夜	初診	時間外・休日・深夜
再診	時間内 時間外 休日・深夜	回数	回数
往診	普通・難路 夜間・暴風雨雪 同、家屋	回数	回数
指導		注射	皮下筋肉内 静脈内
投薬	内服 外用 調剤	処置及び手術	材料 麻薬 料 酔 剤
注射	皮下筋肉内 静脈内	検査	透視 造影 剤
検査		レントゲン	透視 造影 剤
処置及び手術	材料 麻薬 料 酔 剤	入院	1月未満 日間(日~日) 1月~3月未満 日間(日~日) 3月以上 日間(日~日) 給食の有・無
合計	円	合計	円
上記のとおり領収(診療)いたしました。			
平成 年 月 日			
住所		医師の氏名 (印)	

(備考) すでに申請の対象となる費用については、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入して下さい。

(添付書類についての注意)

(1) 歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書をつけて下さい。

(2) 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」をつけて下さい。

(3) コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費についての領収証書」をつけて下さい。

(4) 海外における診療費の申請のときは、「診療内容明細書」及び「診療明細書」をつけて下さい。

なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。