

健康保険 療養費 第二家族療養費 支給申請書(第 回目)

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 番号	被保険者の(請求者)氏名と印	昭・平 年 月 日生
被保険者の現住所	〒 電話番号 ()		
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 年 月 日	被保険者との続柄
傷病名	発病又は負傷年月日 (診療開始日)	平成 年 月 日	被保険者との続柄
発病又は負傷の原因及びその経過	第三者行為によるものですか はい・いいえ		
診療を受けた病院等	名称 所在地	診療した医師等氏名	
診療の期間 (支給期間)	自 年 月 日 至 年 月 日	入院・入院外の別 ・入院 ・入院外	入院の場合左記の入院期間 自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日 日間
診療の内容	療養の給付を受けることができなかった理由		
<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: center;">被保険者(請求者)氏名</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: center;">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)

銀行・信金 農協・信組	普通・当座 貯蓄・その他	口座 番号					
支店	フリガナ	口座名義					

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

住所

受任者氏名

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	材料薬 料酔剤
注射	皮下筋肉内 静脈内	検査	
検査		レントゲン	透視 造影
レントゲン	透視 造影	その他	
処置及び手術	材料薬 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
その他		合計	合計
		円	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	

(備考)すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「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)
 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。
 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。
 コルセット・ギプス・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。
 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。

【記入上の注意】

- ア 標題の「被保険者」・「家族」も文字は、いずれか該当する方をマルで囲んでください。
- イ **《同意欄》は必ず記入してください。事業所担当者へ委任されない方は『2』に電話番号（平日9時～17時の間に連絡の取れる番号）を記載してください。**
- ウ 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して氏名欄の認印を押し、そのうえに正しい字句を記入してください。
- エ **振込先金融機関は間違いのないように正確に記入してください。支店名・口座番号等に間違いがあると、あらたに振込手数料（組合負担）がかかります。**
- オ この申請書の記入方法についての不明な点は、組合（業務課 03 - 3642 - 8436）へお問い合わせください。