

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書

被保険者証の 記号・番号		事業所の名称	
傷病名		発病又は 負傷年月日	年 月 日
傷病の経過			
診療又は手当の 内容及び期間	内容	期間	年 月 日 日間 年 月 日
治療用器具等に 関する申請の時	装着年月日	装着した日に入院していたかどうか	診療又は 手当に要 した費用 円
	年月日	・入院していた ・入院していない	
発病又は負傷の 原因	(具体的に)	負傷等し たときは	出勤前・出勤途中・勤務中・休憩中 帰宅途中・帰宅後・休日・その他 ()
診療又は手当を 受けた医師 (歯科医師)の 住所・氏名	住所 〒	第三者行 為による もので	ある・ない 交通事故で ある・ない
療養の給付を受 けることができ なかった理由	(具体的に)		
申請者が被扶養 者に関するとき はその者	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 続柄
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。			
フリガナ		普通	店番
口座名義人氏名(被保険者)			
フリガナ		当座	口座番号
氏名		貯蓄	
銀行 信用金庫		本店 支店	
同意欄	療養を受けた医療機関(海外を含む)等に愛鉄連健康保険組合が文書等により当申請内容を照会することに同意します。 被保険者氏名		

金額の 受領を 委任す る ところ	本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。
	年 月 日 被保険者(申請者) 氏名 _____
	委任された者の 事業所名 住所 氏名 _____

上記のとおり申請します。 年 月 日 〒 _____
被保険者(申請者) 住所 _____

愛鉄連健康保険組合理事長 殿 被保険者(申請者) 氏名 _____

TEL () _____

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄にを入れてください。

(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証の写し等)」が必要となります。)

備考欄

- (注) 1. コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは装着が傷病の治療のため必要と認められた医師の証明書及び領収書(原本)を添付してください。また、靴型装具の申請のときは証明書及び領収書の他に靴型装具の現物写真を添付してください。
2. 緊急その他やむを得ず診療を受け、自費で支払ったときはその診療報酬明細書及び領収書(原本)を添付してください。
3. 血液代に関する申請のときは輸血を必要と認められた医師の証明書及び血液代金の領収書(原本)を添付してください。
4. 傷病が第三者の行為によるときは「第三者行為による被害届」を添付してください。(未提出の場合)