被保険者
家　族　療　養　費　支　給　申　請　書

被保険者証の記号・番号	記号	被保険者が勤務する（していた）事業所の	名　称		
	番号		所在地		
傷　病　名			発病又は負傷の年月日	平・令　年　月　日	
発病又は負傷の原因					
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名　称		所在地及び電話番号		
	氏　名				
診療又は手当の内容	入院期間　自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日 治療用装具装着日　令和　年　月　日				
診療又は手当を受けた期間	自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日　日間		診療又は手当に要した費用の額	金　円也	
保険証を提示して受診することができなかった理由	※必ずご記入下さい（治療用装具費の申請の場合には記入不要です）				
第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無		加害者の氏名		
			加害者の住所		
家族に関する申請のとき	家族の氏名		昭和 平成 令和　年　月　日生	被保険者との続柄	
振込希望の銀行	※必ず被保険者の口座を指定してください。 （銀行等）　銀行　信組　信金　農協 （支店名）　本店　支店　出張所　（普通・当座） （口座番号） （口座名義・カタカナ）				
公金受取口座	☐ 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、上記口座情報の記入は不要です。）				

上記のとおり申請いたします。

令和　年　月　日

被保険者の氏名

住所　〒

健康保険組合理事長　殿

電話　（　　）

委任状	私は　を代理人と定め、次の権限を委任する。 令和　年　月　日請求した　被保険者／被扶養者　療養費の受領に関すること。 被保険者の住　所 氏　名 代理人の住　所 氏　名			
振込希望の銀行	銀行／信金／信組／農協　本店／支店／出張所　（普通・当座）	口座番号	口座名義（カタカナ）	

備考欄（注）	

（注）被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

領収（診療）明細書

患者名		傷病名	
初診	時間外　　点　　円 休日 深夜	注射	皮下筋肉内　　回　　点　　円 静脈内　　回
再診	時間内　　回 時間外　　回 深夜　　回	検査	
往診	普通・難路　　回 夜間・暴風雨雪　　回 同・家・屋　　回	レントゲン	回 透視　　回 造影剤　　回
指導		その他	
投薬	内服 屯服 外用 調剤料 処方料	処置及び手術	回 　　回 材料　　回 麻酔　　回 薬剤　　回
入院	自　令和　　年　　月　　日 至　令和　　年　　月　　日　（　　日間） 給食の　有・無 点 ×　　日間　　点 円	合計	点 円

上記のとおり領収（診療）いたしました。

令和　　年　　月　　日

医療機関の所在地

医療機関名称

担当医師名

TEL　　（　　）

（備考） 診療報酬明細書と同様の要領で作成してください。 また、すでに申請の対象となる費用について領収書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。