

資格情報のお知らせや資格確認書等をご確認のうえ記入してください。

養 費 支 給 申 請
二 家 族 療 養 費
(国内療養費・立替金等)

記号番号の記入があれば、マイナンバー記入は不要です。

医科(調剤)・ 歯科・ はりきゅう・ あんまマッサージ

該当の申請にしてご提出ください。

事業主使用欄

この申請書は被保険者が作成したものである

被 保 者	被保険者等 記号 9999 番号 8888888	記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	事業所名称 所属の会社名を記入			
保 険 者	所 属 所属部署を記入	連 絡 先	日中連絡可能な番号(携帯電話など)	
	被 保 険 者 氏 名 被保険者(本人)氏名を記入	受 診 者 氏 名・枝 番	受診者氏名 (枝番)	
記 入 欄	受 診 者 生 年 月 日 昭和・平成・令和 年 月 日	年 齢	歳	続 柄
	疾 病 又 は 負 傷 の 原 因 できるだけ詳しく書く 疾病または負傷の原因が右に該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 第三者行為・自損事故(注2) <input type="checkbox"/> 労働災害			
入 欄	傷 病 名	受 診 し た 期 間	自 至	年 月 日 入院・外来の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
	受診した医療機関・施術機関の所在地・名称 所在地 名称 TEL	診療費の額	円	
欄	療養の給付を受けることが出来なかった理由		当健保の保険証を使用できなかった、やむを得ない理由等詳細を記入して下さい。(注3) はりきゅう・あんまマッサージ療養費については、施術を受けた経緯を記載してください。	
	添付書類 チェック欄	※全て原本(コピー不可)を添付してご申請ください。 <input type="checkbox"/> ①レセプト(傷病名の記載のあるもの)(注8) <input type="checkbox"/> ②領収書 <input type="checkbox"/> ③医師の同意書(注5) または、療養費支給申請書(はりきゅう用・あんま用) (はりきゅう・あんまマッサージのみ)		
支給金額の受領を事業主に委任します。(注7)		令和 年 月 日		
住 所		被保険者氏名		

健保使用欄です。記入せずに提出してください。

- (注) 1. 毎月23日を受付締切日とし、必要事項を確認のうえ支給決定後、事業所経由で振込します。(注4)
2. 第三者行為(交通事故等)により負傷した場合は第三者行為による傷病届を提出することが給付の条件となりますので、速やかにご提出ください。なお、ご提出いただけない場合は給付制限または不支給となる場合があります。
3. 療養費(第二家族療養費)の請求は、マイナ保険証等不携帯・前健保の資格を提示した場合などやむを得ない理由があるときに、自費扱い(全額自己負担)となった場合にのみに請求できます。
4. はりきゅう・あんまマッサージ療養費の請求については支給までに2か月ほどかかる場合があるので、あらかじめご了承ください。
5. はりきゅう・あんまマッサージの医師同意書(初回・再同意)は必ず原本を添付してください。
6. 提出された添付書類(コピー不可)は返却できません。あらかじめご了承ください。
7. 任意継続被保険者の方については、加入時に申請いただいた銀行口座へ振込みいたします。
8. マイナ保険証等不携帯による自費診療の場合は医療機関へレセプトの発行を依頼してください。/前健保の資格を提示した場合は以前の保険者にレセプトの発行を依頼してください。