

療養費・第二家族療養給申請書(請求領収書)

(記入例)

健保の等級で決定(不明なら空欄で可)

被保険者 記号-番号 12 - 123456	所属 従業員=部署名 退職者="任継"か"特退"	フリガナ メイデン ケンタ 被保険者氏名 明電 健太	標準報酬 月額 280 千円
被保険者現住所 (または請求者現住所) 〒001 - 0001 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3	フリガナ メイデン ケンタ 氏名 明電 健太	被保険者から 見た続柄 本人	同意書欄(従業員のみ) 保険給付金の受領を下記の者に委任します。 (この欄は給付金を給与に入れる為の同意欄です) 令和 2 年 6 月 10 日 被保険者氏名 明電 健太 従業員は、同意書欄にも記名捺印し、 事業主の印をもらってください。 退職者は、同意書欄は空欄で結構です。
受診した者 受診した者の 生年月日 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 2 年 9 月 1 日	発病日・負傷日 令和 2 年 6 月 1 日	治療用器具作成日 または受診日 令和 2 年 6 月 1 日	受診日(治療用器具の場合は作成日)の年齢 29 歳
傷病名 右膝前十字靭帯損傷	疾病分類	受診の原因 ジョギング中に転んだ	第三者行為に よるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
療養費の種別、 療養の給付を受け ることができな かった理由 <input checked="" type="checkbox"/> 1.治療用器具(コルセット、弱視等治療用眼鏡)等の作成 <input type="checkbox"/> 2.生血の輸血 <input type="checkbox"/> 3.前健保の資格喪失後受診 <input type="checkbox"/> 4.保険証不携帯(理由: (理由: <input type="checkbox"/> 5.その他 (理由: (理由:	かかった費用 ¥ 10,000	外貨払いのとき 現地通貨金額 \$	レート 1 \$ = ¥
下記支給額正に領収しました。		被保険者氏名 (または請求者氏名) 明電 健太	

不明なら空欄で可

治療用器具作成日が優先
わかる範囲で記入

記入不要

同一印

↓他の健保に加入している方は、振込先を記入

振込先 銀行名	銀行
	支店
口座 種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座 番号
フリガナ 名義人名	

↓受領を代理人に委任される方に限り、委任状を記入

委任状	
本請求額に基づく給付金に関する権限を代理人に委任致します。	
令和 年 月 日	
被保険者氏名 (または請求者氏名)	
代理人氏名	

↓以下は健保記入(申請者は記入しないでください)

健保記入欄				支出決定欄	
実 費	x	=	①	療養費	¥ ①+②
健 保 標 準	x x	=	①'	療養付加金	¥ ③
自己負担相当額	-	=		支給額	¥ ①+②+③
高額療養費	-	=	②	決裁日	
付 加 給 付 額	-	=	③ ③ 百円未満の端数は切捨 給付額千円未満時不支給	執行日	

- * この申請書に添付する書類
- 治療用器具等を作成したとき
 - ① 医師の意見書(同意書、作成指示書、装着証明書等)の原本
 - ② 領収書の原本(装具の内訳が記載されたもの)
 - 生血の輸血を受けたとき
 - ① 輸血証明書の原本
 - ② 領収書の原本(明細が記載されたもの)
 - 前健保を資格喪失後に受診していたとき
 - ① 前健保が発行した医療費返還の請求書類
 - ② 前健保が発行した医療費返還の領収書原本
 - ③ 診療報酬明細書が入った封筒(開封せず添付)
 - 保険証不携帯のとき
 - ① 領収書の原本(明細が記載されたもの)
 - 海外療養費のとき(詳細は健保にお尋ねください)
 - ① 診療内容明細書の原本+日本語訳
 - ② 領収書の原本(明細が記載されたもの)

療養費の種別によって、添付書類が異なります。申請書を発送する前に、再度ご確認ください。