

「記載上の注意」
①は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
②は、「マイナンバー」(資格情報のお知らせ)に記載してください。また、仕事、通勤、通学、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健康保険組合と勤務先にご連絡ください。
③は、負傷したときの状況を具体的に記載してください。また、治療費(家族療養費)の受領を代理人に委任する場合は、それぞれ委任状に記載してください。

「添付書類について」
4 3 2 1
この保険等で資格が確認できず、医療費を全額支払った場合の申請は、医療機関等で発行された「領収証書」及び「診療明細書」の原本を添付してください。
他の保険等で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するときは、返還した医療費の「領収証書」及び「診療明細書」の原本を添付してください。
治療用装具・義肢等を作成したときは、返還した医療費の「領収証書」及び「診療明細書」の原本を添付してください。
保険医の同意書及び手術管理書の「手術内容」のわかる明細書及び「領収証書」の原本を添付してください。

① 被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記載してください。				
② 被保険者 (申請者) の氏名	(フリガナ)		③ 生年月日	昭和 平成	年	月	日
④ 被保険者 (申請者) の住所	〒 _____ TEL: ()						
⑤ 事業所名							
⑥ 申請書が 被扶養者 に関する その者の	⑦ 氏名	(フリガナ)	⑧ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
⑦ 傷病名			⑧ 発病又は 負傷の年月日	(負傷の場合: 年 月 日 時 頃)			
⑨ 発病又は 負傷の原因 および経過	負傷の場合はいつ、どこで、何を、どうしているとき、どのように、どこを、どうしたと具体的に記載してください。						
⑩ 診療を受けた 医療機関等の	⑦ 名称		⑧ 所在地		⑨ 医師等 の氏名		
⑪ 診療の期間	年 月 日から	日間	左の期間に 入院してい た場合は その期間	年 月 日から	日間	⑫ 診療に要した費用の額 円	
⑬ 診療の内容							
⑭ 療養費の 支給申請 の理由	<input type="checkbox"/> 医療機関等で資格の確認ができなかったため。 <input type="checkbox"/> 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため。 <input type="checkbox"/> 治療用装具・義肢等を作成したため。 <input type="checkbox"/> 保険医の同意を受け、鍼灸・あんまマッサージの施術を受けたため。 <input type="checkbox"/> 海外の医療機関等でやむを得ず診療を受けたため。(国名:) <input type="checkbox"/> その他 ()						

私は下記のものを代理人と定め、療養費(家族療養費)の受領を委任します。 令和 年 月 日

本人 住所 _____
氏名 _____ 印

代理人 住所 _____
氏名 _____ 印

令和 年 月 日提出

受付日付印

振込希望の金融機関(資格喪失後の受給者のみ)

銀行・金庫 本店 預金 普通 口座
信組・農協 支店 種目 当座 番号

フリガナ _____
口座名義 _____

(令6.12)