

同年月日	令和	年	月	日	取得	年	月	日	喪失	年	月	日	
常務理事	事務長	次長	課(係)長	係	支給期間	支給決定額							
					令和	年	月	日から	日間	令和	年	月	日まで



療養費支給申請書 立替払等
第二家族療養費

この申請書は、病院(入院・外来)ごと、薬局ごとにそれぞれ1枚必要です。また月ごとに分けて申請してください。

令和 3 年 5 月 1 日													
記号	番号	フリガナ	ケンポ タロウ					生年月日					
9999	1234	氏名	健保 太郎					昭平 48年 8月 8日生					
事業所の名称		フリガナ	〇〇シ 〇〇チョウ 〇〇〇バンチ										
〇〇信用金庫		申請者の住所	〇〇市〇〇町〇〇〇番地										
申請が被扶養者に関するとき	フリガナ	生年月日					続柄						
	氏名	昭平 年 月 日生											
傷病名	左足関節捻挫					発病または負傷年月日		令和3年 4月 20日					
発病または負傷の原因 (※外傷病名の場合のみ記入)	令和 3 年 4 月 20 日 午前 午後 18 時 00 分頃												
	負傷場所 自宅の庭												
	何をして 庭木の剪定作業中												
	どのように負傷したか 脚立から転倒												
発病または負傷したときは 出勤前・勤務中・勤務日の休憩中 帰宅後・通勤途上(出勤時・帰宅時) 休日・部活中・その他 ()													
第三者行為によるものですか	はい・いいえ		第三者行為届の提出の有無					届出済・未提出(添付)					
	第三者の住所・氏名 また不明のときはその理由					住所氏名理由							
治療を受けた医療機関等	名称	〇〇市民病院											
	所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地											
診療を受けた期間	令和3年 4月 20日 から 1日間					左記の期間に入院していた期間		年 月 日 から 年 月 日まで					
	令和3年 4月 20日 まで												
療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 1. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため <input checked="" type="checkbox"/> 3. 資格取得・扶養認定手続き中につき、被保険者証が手元になかったため <input type="checkbox"/> 4. その他												
申請額 (領収書の金額)	5,990 円					※ 健保使用欄 点							【レセプト点数記入】

R3.6.1

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
・マイナンバーを記載した場合は、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。
被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

同意書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、愛知県信用金庫健康保険組合が必要とする事項(私の個人情報を含む)について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び負傷に関わった団体等に対して愛知県信用金庫健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受けることについて同意いたします。

また、上記照会を行うにあたり、愛知県信用金庫健康保険組合が当該医療機関等に対して、必要な範囲で照会に関する説明を行うことについて了承いたします。

後日、本件について愛知県信用金庫健康保険組合に対して一切の異議・請求等の申し立てをいたしません。

なお、本書の写しも有効といたします。

愛知県信用金庫健康保険組合 理事長様

(同意日) 令和 年 月 日

被保険者氏名

※添付書類等チェック欄《添付忘れがないかチェックしてください》

申請書類確認欄	保険証を提示できなかった場合	<input type="checkbox"/>	領収書(原本) 診療報酬明細書(調剤の場合は調剤報酬明細書) ※診療明細書では受付できませんの注意してください
	他の保険者の被保険者証を使用した場合	<input type="checkbox"/>	他の保険者から請求があり支払った領収書(原本) <input type="checkbox"/> 他の保険者から発行された診療報酬明細書のコピー