

被保険者
 家 族 療 養 費 支 給 申 請 書

受付番号 _____

注意事項をよく読んでいただき、記入もれ・添付書類もれのないように申請してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ (すべて記入してください)	① 被保険者証の 記号と番号		記号 205	② 被保険者 (申請者)の 氏名		(フリガナ) セキスイ アキオ 積水 明夫	
	③ 事業所の 所在地 及び名称		大阪市〇〇区 △-△-△ 〇〇〇株式会社 <small>任意継続・特例退職制度に加入の方は ②の住所、電話番号を記入してください。</small>		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 ○年 ○月 ○日生	
	電話番号		06 (****) ****		④ 療養を受けた 方の氏名	積水 明夫 被保険者との続柄 (本人)	
	⑤ 傷病名		右膝関節症		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 ○年 ○月 ○日生	
	⑥ 発病又は 負傷の年月日		*治療用装具・弾性着衣・治療用眼鏡をつかったときは⑦も記入		⑦ 装具・眼鏡等 を装着した日 (今回申請分)	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ○年 3月 頃 日 <input type="checkbox"/> 平成 ○年 6月 7日 (<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院)	
	⑧ 発病又は 負傷の 原因		*負傷による場合は負傷原因届を添付してください。 原因不明		原因不明とされていても、当方から追加で 負傷原因届の提出を求める場合があります。		
	⑨ 傷病の 経過		1年程前から原因不明の痛みがあったが、最近ひどくなり手術をした。 術後、装具装着して症状軽快。経過観察中。				
	⑩ 診療の 期間		<左の期間のうち入院期間> <input type="checkbox"/> 平成 ○年 4月 2日から <input type="checkbox"/> 平成 ○年 5月 15日から <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ○年 4月 2日から <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ○年 5月 15日まで 治療中 日間 26 日間 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 平成 ○年 6月 9日まで <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> 令和				
	⑪ 診療を 受けた 病院等の 所在地 名称 医師の氏名		大阪市△△区〇〇3-4-5 〇〇整形外科医院 田中 一郎 医師 電話 06 (〇〇〇) 〇〇〇〇				
	⑫ 被保険者証で 治療を受けることが できなかった理由		<input type="checkbox"/> a. 治療の場合 *下記の注意事項の[添付書類について]ア. が必要です。 理由:具体的に <input checked="" type="checkbox"/> b. 治療用装具(コルセット等)・弾性着衣・治療用眼鏡をつかった *下記の注意事項の[添付書類について]イ. が必要です。				
⑬ 診察に要した費用 (装具等の申請の際はその費用)		23,535 円		⑭ 第三者の行為によって発病 又は負傷したものですか		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
⑮ 申請年月日		令和 ○年 7月 3日					

注
意
事
項

【記入について】
1. ⑫のaの場合、その理由について、経緯と保険証扱いに切替できなかった旨を含めて、具体的に記入してください。
※各月ごと、各医療機関ごと、入院・通院ごとにつき、この申請書が必要です。
2. 海外で治療を受けた場合は、「海外療養費支給申請書」にて申請してください。

【添付書類について】
ア. 医科、歯科診療または調剤に関する申請のときは、別に「診療(調剤)報酬明細書(レセプト)」及び「領収証(原本)」を添付してください。
イ. コルセット等治療用装具に関する申請のときは、「治療用装具製作指示装着証明書(原本)」、「領収証(原本)」、「領収内訳書(原本)」、「装具作製確認書(原本)」を添付してください。
ウ. 負傷による傷病についての申請の場合は、負傷原因届を添付してください。

受付年月日

○

備考欄

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、備考欄へ記載してください。
(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。)