

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書		立替払・治療用器具	
被保険者情報	① 被保険者等記号・番号	記号 987 番号 654321	事業所名称 株式会社 ○○○○
	② 被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	生年月日 昭平令 ××年 ×月 ×日
	住所	〒100-0000 東京都渋谷区○○×-× △△マンション×××号	③ 提出委任 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)
	金融機関名称	○○○○ 銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連	金融機関・支店コード ×××× - ×××
④ 口座名義 (カタカナで記入)	△△△△ 支店・本店・出張所 支所・本所	預金種別 普通 当座・その他 ()	
④ 公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)		
【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。			
委任状	⑤ 被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	代理人(口座名義人)	氏名 住所 氏名 被保険者との関係 ()	
申請内容	⑦ 受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	⑥ 第三者行為によるものですか ※ はい・いいえ
	家族の場合はその方の	氏名 健保 花子 生年月日 昭平令 ××年 ×月 ×日 続柄(長女)	
	傷病名	捻挫	発病又は負傷年月日(療養開始日) 平令 6年 12月 2日 午前・午後 9 時頃
	発病又は負傷の原因及び状況(けがの場合は、どこでどのように負傷されたか)	時間帯 勤務時間中・勤務日の休憩中・出張中・ <u>私用中</u> ・出勤途中・退勤途中・その他()	場所 会社内・路上・駅構内(自宅・学校・その他())
		原因 交通事故・ケンカ・スポーツ中・職場行事(その他) 自分の不注意	状況 海外旅行中に段差につまづいて足を捻ってしまい負傷。
	⑧ 診療を受けた病院等	名称 ○○○○○○ 所在地 △△△△△△△△	診療した医師の氏名 ○○○○
	診療期間(支給期間)	令和 6年 12月 2日 から 令和 6年 12月 7日 まで (日数 2日)	
	上記期間に入院していた場合はその期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日数 日)	
⑨ 器具装着日	令和 6年 12月 4日 装着	療養に要した費用 \$ ×, ×××	
診療の内容	検査を受け、湿布を処方された。		
療養の給付を受けることができなかった理由	海外で治療を受けたため。		
※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。 マイナポータル記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)			
⑨	マイナポータルを記入した場合、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。	受付日付印	
社会保険労務士の提出代行者記載欄			
東京都農林漁業団体 健康保険組合		(R6.12)	

記入漏れや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 被保険者等記号・番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(保険証)」に記載されています。
- 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。被保険者が亡くなられた場合は、申請者(相続人)の氏名、住所、振込先口座をご記入ください。申請者(相続人)の氏名は被保険者名の横にかっこ書きでご記入ください。その際、被保険者と申請者(相続人)の続柄など身分関係を確認できる書類(戸籍謄本原本)を添付してください。
- 事業所(事業主)経由で提出される場合は、提出委任に✓を付けてください。
- 注:マイナポータル等で口座情報を登録・変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。
- 口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。なお、代理人(口座名義人)が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本等)の提出が必要となる場合があります。
- 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 受診者が家族(被扶養者)の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。
- 医療機関名等をご記入ください。なお、薬剤に係る申請は、その薬局の名称等をご記入ください。医師氏名、薬剤師氏名が不明の場合は空欄としてください。
- ①の被保険者等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者の署名(サイン)をご記入ください。

添付書類

	添付書類1 (診療を受けた現地の担当医の証明)	添付書類2 (共通)
医科	①様式A「診療内容明細書」及び 様式B「領収明細書」 ②様式A及び様式Bの日本語翻訳	③領収書の原本 ▷診療に要した費用の全額を自己負担していることが確認できるもの ④海外に渡航した事実が確認できる書類 ▷パスポート等の写し(出入国がわかるもの) ⑤業務命令により海外勤務をした被保険者からの申請は辞令の写し ⑥調査に関する同意書
歯科	①様式C「歯科診療内容明細書(領収明細書)」 ②様式Cの日本語翻訳	