

| | | | |
|------|-----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 | 係 |
| | | | |

健康保険
Health Insurance

被保険者
Insured Person
家族
Family Member

療養費支給申請書
Application Form for Medical Care Expenses
(立替払い用) (Charges forward)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|---------------------|--|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る 欄 To be Completed by Insured Person | 被 保 険 者 情 報 Insured Person's Information | ① 被保険者等 Insured Person's | 記号 Symbol ※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。 *If the Symbol/Number is unknown, please fill in your employee number in the number field. | 番号 Number | ② 生年月日 Birth Date 年 月 日 YYYY MM DD | | |
| | | ③ 氏 名 Name | | | ④ 事業所 名 称 Business Entity Name | | |
| | | ⑤ 住 所 Address | (〒 —) | | | | |
| | 受診者が家族 (被扶養者)の場合 If the patient is a family member (dependent) | ⑥ 氏名 Name | ⑦ 生年月日 Birth Date 年 月 日 YYYY MM DD | | ⑧ 被保険者との続柄 Relationship to Insured Person | | |
| | ⑨ 傷 病 名 Name of Illness or | | | | ⑩ 発症・負傷 年 月 日 Date of Illness or Injury | 年 月 日 YYYY MM DD | |
| | ⑪ 傷 病 の 原 因 Cause of Illness or Injury | ・どこで Where | ・どのように How | | | | |
| | | ⑫ 第三者の行為によるものですか → Caused by a Third-party ? | | はい ・ いいえ Yes/No | ⑬ 業務によるものですか → Caused by work ? はい ・ いいえ Yes/No | | |
| | 診療を受けた 病院 等 Treating Hospital's | ⑭ 名 称 Name | | | ⑮ 診療した医師氏名 Treating Doctor's Name | | |
| | | ⑯ 所在地 Location | | | | | |
| | ⑰ 医 療 費 を 負担した理由 Reason for Paying Medical Expenses | <input type="checkbox"/> 保険確認不可【医療機関等で保険の確認ができなかったため】(不可理由) Insurance verification not possible [When the medical institution could not verify your insurance] (Reason: _____) | | | | | |
| ⑱ 診 療 の 期 間 (支 給 期 間) Treating Period (Period of Provision) | 自 年 月 日 from YYYY MM DD | 至 年 月 日 to YYYY MM DD | ⑲ 日数 Number of Days DD | ⑲ 入院 Hospitalization ⑲ 通院 Outpatient | ⑲ 支払った金額 Amount paid 円 Yen | | |
| 提出書類 Documents to be submitted | <input type="checkbox"/> 保険確認不可 Insurance verification not possible ※ 診療報酬明細書原本 Original medical cost details <input type="checkbox"/> 資格喪失後の返納 For refund after loss of eligibility ※ 診療報酬明細書写し※封を開けずに添付 Copy of the medical fee statement <input type="checkbox"/> 医療機関で支払った際の領収書の原本 Original receipt from payment to the medical institution <input type="checkbox"/> 医療費を返還した際の領収書の原本 Original receipt from when you refunded the medical expenses | | | | | | |

同 意 書

Letter of consent

FR健康保険組合 理事長殿 To the FR Health Insurance Organization Chairman of the Board:

健康保険法に基づく給付金の支給決定を行うにあたり、FR健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・保険給付記録・療養の給付記録・診療記録・年金等他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、また、関係機関がFR健康保険組合の照会に対し回答をすること、及びFR健康保険組合がその回答を得ることに同意いたします。
In line with the decision to pay a benefit based on the Health Insurance Act, I hereby agree to allow the FR Health Insurance Organization to inquire with related organizations regarding my health insurance enrollment record, insurance benefit record, medical care benefit record, medical treatment record, pension, and other information related to the receipt of insurance benefits in line with relevant laws and regulations, and I also agree to allow these related institutions to respond to inquiries from the FR Health Insurance Organization and to allow the FR Health Insurance Organization to obtain these responses.

※ 関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等を指します。 年 月 (YYYY / MM / DD)

* Related institutions include past insurers, medical care institutions, pension offices, etc. 被保険者氏名
Insured Person's Name

| | | |
|---|--|--|
| 給 付 金 支 払 先 Payment Information | 給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。 In general, benefits will be paid to the salary transfer account. | |
| | 尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、以下いずれかにチェックを入れてください。(被保険者名義の口座に限る) If you do not want benefits to be paid to the salary transfer account, check one of the following. (Only accounts in the name of the insured) | |
| | <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。 I will use the public fund-receiving account pre-registered on Mynportal, etc. 注) 口座情報の反映には、登録から数日を要します。 Note: It takes several days for account information to be reflected after registration. |
| | <input type="checkbox"/> | 給与振込口座、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座以外を希望します。 I want benefits to be paid to an account other than the salary transfer account/public fund-receiving account pre-registered on Mynportal, etc. 〔必要添付書類〕 金融機関名称、支店名、口座番号、口座名義の確認できるもののコピー [Required attached document] A copy of a document that can confirm financial institution name, branch name, account number, and account holder name. 注1) 海外送金はできません。 Note 1: Overseas remittance is not possible. 注2) 電子マネーでの送金はできません。 Note 2: Remittances using electronic money are not possible. |

受付日付印

〔注意事項〕 Important Notes

- 被保険者証の記号番号に代えてマイナナンバーにより申請を希望する場合は 健保組合までご相談ください。
If you wish to apply using your My Number instead of your insurance card symbol/number, please consult with the FR Health Insurance Organization.
- 立替払いの申請の際は療養費支給申請書を、受診者毎、診療月毎、医療機関毎、入院・外来毎に1枚ずつ記入してください。
When applying for charges forward, please fill out one Application Form for Medical Care Expenses for each patient, treatment month, medical institution, and type of visit (hospitalization or outpatient).
- 診療を受けたのではなく薬剤の処方だけを受けた場合は、⑭・⑮・⑯・⑰・⑱の欄は、そのように読み替えて記入してください。
If you only received a prescription for medication rather than treatment, please complete sections ⑭, ⑮, ⑯, ⑰, and ⑱ accordingly.
- ⑫傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に第三者行為による傷病届をこの書類に添付してください。
If the cause of injury/illness in section ⑫ is due to a third party act, please attach a separate "Notification of Injury or Sickness due to a Third-party Act" to this document.