

Example (If using a Health Insurance Card other than from FR Health Insurance Organization OR paying 100% of medical fees out-of-pocket)

Please refer to the separate sheet for information about filling out this form.

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
家族 (立替払い等、治療用装具)

被 保 者 情 報	① 被保険者証の記号	① 1234	番号	① 12345678	② 生年月日	昭和②50年6月1日						
	③ 氏名	③ 山口 太郎		④ 押印	⑤ 事業所名称	⑤						
	⑥ 住所	(〒 -)		TEL () ※日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。								
受 診 者 が 家 族 (被扶養者)の場合	⑦ 氏名	⑦ 山口 花子		⑧ 生年月日	⑧ 昭和 52年10月1日	⑨ 被保険者との続柄	⑨ 妻					
	⑩ 傷病名	⑩ 急性上気道炎		⑪ 発症・負傷年月日	⑪ H 30年1月10日							
傷 病 の 原 因	⑫ 傷病の因	⑫ 家族旅行先のホテルで		⑫ 急に熱が出てしまった								
	⑬ 第三者の行為によるものですか	→ ⑬ はい・いいえ		⑭ 業務によるものですか	→ ⑭ はい・いいえ							
診 療 を 受 け た 病 院 等	⑮ 名称	⑮ ○○病院		⑰ 診療した医師氏名	⑰ ○○ ○男							
	⑯ 所在地	⑯ ○○県○○市*****										
立替払い等の申請のとき												
入 入 入 入	⑱ 保険証を提示できなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証未提示【保険証を持っていなかったため】(保険証未提示理由 旅行中、被保険者証を携帯していなかった) <input type="checkbox"/> 資格喪失後の返納【誤って前の保険証を使用したため】										
	⑲ 診療の期間(支給期間)	自	0	7	0	5	1	0	日数	<input type="checkbox"/> 入院	⑳ 支払った金額	㉑ 6,850
す る 欄	提出書類	・保険証未提示 >> <input checked="" type="checkbox"/> 診療報酬明細書原本 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関で支払った際の領収書の原本 ・資格喪失後の返納 >> <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書原本										
	治療用装具・治療用眼鏡等	⑳ 装具購入日 年 月 円										
支 給 先 金	給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。 尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない場合は、振込先銀行を記入してください。											
	振込先銀行	[金融機関コード]					In general, payment can only be made to an account in the insured person's name. If not the account by which the insured person is paid salary/wages, then enter another bank account in the insured person's name.					
預金種別	普通・当座貯蓄	口座名義	(1) 漢字									

社会保険労務士 提出代行者の印

受付日付印

【備考】 (①欄に記号番号を記入した場合に記入不要です)
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーを記入する場合、個人番号

【注意事項】
1. ④の押印は、自署の場合省略できます。
2. 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、⑮・⑯・⑰・⑱・⑲・⑳欄は、そのように読み替えて記入してください。
3. ⑬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。
4. 平成30年4月1日以降に購入された下肢装具を申請する際には、『装具の画像』の添付が必要となります。

- ① Health Insurance Card Symbol / Number
- ② Date Birth of Insured Person
- ③ Name of Insured Person
- ④ Seal or Signature of Insured Person
- ⑤ Business Entity as displayed on your Health Insurance Card
- ⑥ Address (with Zip Code) and Telephone Number of Insured Person
* Please indicate your current address and the telephone number where you can be reached during the day.
- ⑦ Name of Dependent if this is about him/her
- ⑧ Date Birth of Dependent if this is about him/her
- ⑨ Relationship with Insured Person
* If applying for a child, do not simply write “Child” as the relationship. Instead, write “Eldest son”, “Eldest daughter”, etc.
- ⑩ Name of Illness or Injury
- ⑪ Date of Illness or Injury
- ⑫ Cause of Illness or Injury (where, how)
- ⑬ Caused by a Third-party ?
Circle one Yes : はい , No : いいえ
- ⑭ Caused by work ?
Circle one Yes : はい , No : いいえ
- ⑮ Treating Hospital Name
- ⑯ Treating Hospital Address
- ⑰ Treating Doctor Name
- ⑱ Reason the health insurance card could not be presented
Check one
 Health insurance card not presented (because the insured person did not have a health insurance card) (reason the health insurance card was not presented:)
 Refund after disqualification (because the previous health insurance card was accidentally used)
- ⑲ Treating Period (Period of Provision), Number of days
Check one Hospitalization : 入院, Non-Hospitalization : 通院
- ⑳ Amount of Treatment Expenses