

常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	担当 PIC	係 Clerk

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

(同種腎移植・骨髄移植・臍帯血移植
に係る医師の派遣及び運搬
(For physician dispatch and transportation costs
related to living kidney transplant, bone marrow
transplant, or umbilical cord blood transplant))

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 被保険者等の Insured Person's	記号 Symbol	番号 Number	② 生年月日 Birth Date						
		※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.				年 YYYY	月 MM	日 DD			
		③ 氏 名 Name				⑤ 事業所 名 称 Business Entity Name					
	⑥ 住 所 Address	(〒)									
		移植を受けた者の Transplant Recipient's	⑦ 氏名 Name				⑧ 生年月日 BirthDate	年 YYYY	月 MM	日 DD	⑨ 被保険者との続柄 Relationship to Insured
医 師 証 明 欄 Doctor's Certification Field		⑩ 傷 病 名 Name of Illness or Injury				⑪ 発 症 ・ 負 傷 年 月 日 Date of Illness or Injury	年 YYYY	月 MM	日 DD		
		⑫ 派 遣 ・ 搬 送 の 方法 及 び 経 路 Method and Route of Dispatching/Transporting				⑬ 派 遣 ・ 搬 送 に 要 した 費 用 Cost Requiring for Dispatching/Transpo rting	円 Yen				
		⑭ 医師の派遣が あ っ た 場 合 If there is a dispatch of doctor	医師の氏名 Doctor's Name				医 師 の 住 所 Doctor's Address				
		⑮ 傷 病 名 Name of Illness or Injury									
		⑯ 派 遣 ・ 搬 送 を 必要とする理由 Reason Requiring for Dispatching/Transporting				⑰ 実 施 日 Implementation Date	年 YYYY	月 MM	日 DD		
	⑱ 入院した場合 の 入 院 期 間 Hospitalization Period if hospitalized	年 月 日 から 年 月 日 まで From ____ / ____ / ____ (YYYY / MM / DD) to ____ / ____ / ____ (YYYY / MM / DD)									
	年 月 日 YYYY / MM / DD										
	医療機関所在地 Location of the medical care institution										
	医 療 機 関 名 称 Name of the medical care institution										
	医 師 の 氏 名 Name of the doctor										
	電 話 番 号 — — Phone number										
	※医療機関名等ゴム印を押印ください。 * Please stamp the name of the medical care institution, etc.										

【注意事項】 Important Notes

1. 被保険者証の記号番号に代えてマイ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.
2. 給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。
給与口座以外への振込を希望される方は、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を添付してください。
(振込は被保険者本人名義の口座に限ります。)
In general, benefits will be paid to the salary transfer account.
If you would like to transfer benefits to an account other than your salary account, please attach a copy of a document that can be used to confirm the financial institution name, branch name, account number, and account holder name. (Note that benefits can only be transferred to accounts in the name of the insured person.)
3. 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のご提出が必要となります。
If the cause of injury/illness is a third party's act, a separate Notification of Injury or Sickness due to a Third-party Act must be submitted.