

Example

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

常務理事	事務長	担当	係

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

家族

(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料)

R

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者証の記号	① 1234	番号	① 12345678	② 生年月日	昭和 ② 50 年 6 月 1 日		
	③ 氏名	③ 山口 太郎		④ (印)	⑤ 事業所名称	⑤		
	⑥ 住所	(〒 ⑥)		TEL () ※日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。				
	移植を受けた者の	⑦ 氏名	⑦ 山口 一郎		⑧ 生年月日	平成 ⑧ 13 年 9 月 1 日		⑨ 被保険者との続柄
医 師 証 明 欄	⑩ 傷病名	⑩ * * * * * * * *			⑪ 発症・負傷年月日	⑪ * * 年 * * 月 * * 日		
	⑫ 派遣・搬送の方法及び経路	⑫ * * 県の * * 病院から * * 県の * * 病院まで * * * * にて			⑬ 派遣・搬送に要した費用	⑬ * * *, * * * 円		
	⑭ 医師の派遣があった場合	医師の氏名	⑭		医師の住所	⑭		

医 師 証 明 欄	⑮ 傷病名							
	⑯ 派遣・搬送を必要とする理由				⑰ 実施日	年 月 日		
	⑱ 入院した場合の入院期間	Get certification from a doctor. まで						
令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名称 医師の氏名と印 電話番号								

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方は、下記へ被保険者本人名義の振込希望口座をご記入ください。

振込先銀行	[金融機関コード]			銀行金庫・
預金種別	普通・当座貯蓄	口座名義	(1) 漢字	

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.

社会保険労務士 提出代行者の印	(印)
--------------------	-----

受付日付印

【備考】 (①欄に記号番号を記入した場合は記入不要です。)
 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は備考マイナンバーを記入する場合、個人番号及び本人を確認するための添

If you enter the Symbol and Number in the ① field, filling in is unnecessary.

〔注意事項〕

- ④の押印は、自署の場合省略できます。
- 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。

FR健康保険組合

- 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 Recipient
- ⑧ Date Birth of Recipient
- 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 Method and Route of Dispatching / Transporting
- ⑬ Cost of Dispatching / Transporting
- ⑭ Doctor’s Name and Address if there is a dispatch of doctor