Example

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

（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 1234 / 番号 Number 12345678 ※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.	② 生年月日 Birth Date	1975 年 YYYY 6 月 MM 1 日 DD
③ 氏名 Name	John Smith	⑤ 事業所名称 Business Entity Name	＊＊＊＊CO., LTD.
⑥ 住所 Address	（〒　　－　　） Please fill in your current address.		Please fill in your name of company
移植を受けた者の Transplant Recipient's	⑦ 氏名 Name Jack Smith	⑧ 生年月日 BirthDate 2001年 9月 1日	⑨ 被保険者との続柄 Relationship to Insured Eldest son
⑩ 傷病名 Name of Illness or Injury	＊＊＊＊＊＊＊＊		＊月 MM ＊日 DD If applying for a child, do not simply write " Child " as the relationship. Instead, write "Eldest son", "Eldest daughter", etc.
⑫ 派遣・搬送の方法及び経路 Method and Route of Dispatching/Transporting	From ＊＊ Hospital in ＊＊ Prefecture to ＊＊ Hospital in ＊＊ Prefecture via ＊＊＊	⑬ 派遣・搬送に要した費用 Cost Requiring for Dispatching/Transporting	＊＊＊,＊＊＊ 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	

医師証明欄 Doctor's Certification Field

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 (YYYY MM DD)		

Ask for certification from your doctor.

年 月 日
YYYY MM DD

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。

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)

☐ 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 Mynaportal, 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.

☐ 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
I want benefits to be paid to an account other than the salary transfer account/
〔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
[Required attached document] A copy of a document that can confirm financial in
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.

Only if you want benefits to be paid to an account other than the salary transfer account, check the appropriate box.

〔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.

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.

受付日付印

FR健康保険組合 〔R7.4〕
FR Health Insurance Organization (April, 2025)