

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 (立替払い用)

被 保 險 者 が 入 る 欄	① 被保険者等	記号	番号	② 生年月日					
	※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。				年	月	日		
	③ 氏名				④ 事業所名称				
	⑤ 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	⑥ 氏名		⑦ 生年月日		⑧ 被保険者との続柄			
	⑨ 傷病名				⑩ 発症・負傷年月日	年 月 日			
	⑪ 傷病の因		・どこで		・どのように				
			⑫ 第三者の行為によるものですか → はい・いいえ		⑬ 業務によるものですか → はい・いいえ				
	診療を受けた病院等		⑭ 名称			⑮ 診療した医師氏名			
			⑯ 所在地						
⑰ 医療費を負担した理由		<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:) <input type="checkbox"/> 資格喪失後の返納【FR健保加入以前に入っていた保険者に医療費を返還したため】							
⑱ 診療の期間(支給期間)		自	年	月	日	日数	<input type="checkbox"/> 入院	⑲ 支払った金額	円
		至	年	月	日	日間	<input type="checkbox"/> 通院		
提出書類		・保険確認不可 >> <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書原本 <input 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"/> 診療報酬明細書写し※封を開けずに添付 <input type="checkbox"/> 医療費を返還した際の領収書の原本							

同意書

FR健康保険組合 理事長殿

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。

※ 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。

令和 年 月 日

被保険者氏名

給 付 金 支 払 先	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、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)	
	<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。 注) 口座情報の反映には、登録から数日を要します。
	<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。 〔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 注1) 海外送金はできません。 注2) 電子マネーでの送金はできません。

〔注意事項〕

受付日付印

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。