記入例（FR健保加入後に前の保険を使用した場合、医療費の10割を自費で支払った場合）

健康保険 被保険者（家族）療養費支給申請書

（立替払い用）

被保険者が記入する欄	被保険者情報 ① 被保険者等	記号 1234 ※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。	番号 12345678
	② 生年月日	昭和 50 年 6 月 1 日	
	③ 氏名	山口 太郎	④ 事業所 株式会社＊＊＊＊＊
	⑤ 住所	（〒 ）	
	受診者が家族（被扶養者）の場合	⑥ 氏名 山口 花子	⑦ 生年月日 昭和 52 年 10 月 1 日 ⑧ 被保険者との続柄 妻
	⑨ 傷病名	急性上気道炎	年 3 月 10 日
	⑪ 傷病の原因	・どこで 家族旅行先のホテルで	・どのように 急に熱が出てしまった
		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 ○○病院	⑮ 診療した医師氏名 ○○ ○男
		⑯ 所在地 ○○県○○市＊＊＊＊＊＊＊	
	⑰ 医療費を負担した理由	☑ 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：マイナ保険証を携帯していなかった）	
		☐ 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 0 7 年 0 3 月 1 0 日 / 至 0 7 年 0 3 月 1 0 日	日数 1 日間 ☐ 入院 ☑ 通院 ⑲ 支払った金額 6,850 円
	提出書類	・保険確認不可 ≫ ☑ 診療報酬明細書原本	☑ 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 ≫ ☐ 診	

ご自身の勤務先会社名を記入してください。

ご自身の現住所と、日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。

お子様の申請の場合続柄は「子」ではなく「長男」「長女」のようにご記入ください。

提出書類がもれなく添付されているか、ご確認ください。
診療報酬明細書の交付を受けていない場合、別紙の『領収（診療）明細書』に医療機関で証明を受けたもの（原本）でも添付可能です。

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・年金等他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 7 年 4 月 1 日

被保険者氏名 山口 太郎

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）

☐ 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

☐ 給与振込口座、マイナポータル等で事前登録し
〔必要添付書類〕 金融機関名称、支店名、口座
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。

給与振込口座以外の口座をご希望の場合にのみ該当の欄にチェックを入れてください。

〔注意事項〕

受付日付印

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。
2. 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。
3. 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・⑲の欄は、そのように読み替えて記入してください。
4. 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。