

健康保険組合 被保険者 療養費・高額療養費・ 一部負担還元金 支給申請書
 家族 療養費付加金

被保険者番号	※被保険者（申請者）氏名		住 所
	(フリガナ)		〒 屋間連絡先 TEL () -
療養を受けた者の氏名	(フリガナ)		被保険者との続柄 01: 本人 11: 夫 12: 妻 21: 長男 22: 二男 23: 三男 31: 長女 32: 二女 33: 三女 51: 父 52: 母 その他 ()
療養を受けた者の生年月日	年 月 日生		
傷 病 名			1. 発病又は負傷の原因 2. 保険証を提出できなかった時はその理由
発病又は負傷の年月日 (療養開始日)	年 月 日		
診 療 期 間 (申請期間)	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日 日間		
申 請 理 由	1. 公費負担医療の一部払戻し		診療に要した費用 (海外の場合は現地通貨)
	5. はり・きゅう・あんまマッサージの 施術(治療)を受けた		通 貨 単 位
	6-1. マケ保険証等を提出できずに病院、 接骨院で診療を受けた		業務災害又は通勤災害によるもの ですか
	6-2. 海外に滞在中病気やけがにより、 診療を受けた		第三者の行為(交通事故等)に よるものですか
	7. 治療用装具を購入した (医師の証明日 年 月 日)		市区町村から医療費の助成(補助) を受けていますか
診療を受けた 病院等	所在地 (海外の場合は国名)	都道府県	診 療 内 容 1: 入院 (入院期間 年月日~ 年月日) 2: 通院(歯科以外) 3: 通院(歯科)
	名 称		
	医 師 氏 名		

添 付 書 類	申請理由が		
	「1」のとき	<input type="checkbox"/> 領収書「原本」	<input type="checkbox"/> 一部負担金に関する通知書「写」
	「5」のとき	<input type="checkbox"/> 医師の同意書又は診断書「原本」	<input type="checkbox"/> 施術費用の領収書及び内訳書「原本」
	「6-1」のとき	<input type="checkbox"/> 医療機関の診療報酬明細書「傷病名・治療内容等が記載されたレセプト」又は 診療報酬明細書 [様式: 医第2号、医第3号又は医第4号]、及び診療に要した費用の領収書「原本」	
	「6-2」のとき	<input type="checkbox"/> 診療内容証明書 [様式: 医第5号] 及び領収書兼領収明細書 [様式: 医第6号又は医第7号] 又は現地の 診療明細書、及び診療に要した費用の領収書「原本」	
		<input type="checkbox"/> 申請書及び添付資料が外国語で記載されているときは翻訳文	
		<input type="checkbox"/> 海外に渡航した事実が確認できる書類(旅券・パスポート等)「写」(本人及び渡航事実の確認可能な箇所) ※海外在住勤務者(被扶養者含む)は事業主による「海外在住勤務証明書」(様式: 医第1-1号)でも可	
		<input type="checkbox"/> 海外の医療機関等に対して療養内容の照会を行うことの同意書(様式: 医第16-1号)	
	「7」のとき	<input type="checkbox"/> 治療用装具を必要とする旨の医師の証明書「原本」	<input type="checkbox"/> 治療用装具購入費用の領収書及び内訳 書「原本」

健 保 組 合 受 付 欄	受 付	審 査	[1次]	[2次]	処 理