

受付年月日	年月日	年月日	年月日
同	年月日	年月日	年月日
文	給	額	円
文	給	期	年月日

### 健康保険家族療養費支給申請書

①被保険者の 記号・番号	②事業所の 名称	所在地	年月日
③傷病名	④発病又は負傷 の年月日	年月日	年月日
⑤発病又は 負傷の原因	⑦診療の内容等	年月日	年月日
⑥傷病の経過	⑧診療又は 手当の期間	年月日	年月日
⑨診療又は 手当の期間	⑩入院 期間	年月日	年月日
⑩コルセットを装着した 場合は装着した年月日	⑪診療等に要した金額 ・コルセットの代金	円	円
⑫診療又は手当を受けた 医療機関の名称等	(名称)	(医師の氏名)	
⑬療養の給付又は家族療養費を受けることができなかった理由	(所在地)		
⑭第三者の行為による 負傷であるとき	加害者の氏名	加害者の住所	
⑮家族療養費の 申請のとき	氏名	生年月日	昭平
⑯振込先 金融機関名	農協 銀行	本店 支店	普通 当座 No.
⑰上記のとおり申請します。	被保険者の 住所	氏名	被保険者 との続柄

委任状	年月日	被保険者の 住所 氏名	代理人の 住所 氏名
-----	-----	-------------------	------------------

### 領収(診療)明細書

患者氏名(生年月日)	傷病名	診療期間	診療実日数
(昭・平・ . . . )		年月日から 年月日まで	日

診療	診療の内訳	単価	金額	薬名、用量等の明細
診察料	初診・時間外・深夜 (時間内) 回数 (時間外) 回数 (深夜) 回数 再診 回数 往診 回数 { 普通 難路 夜間 暴風雨雪・同一家屋			
投薬料	内服 回数 外用 回数 注射 回数 点滴 回数	単位		
注射料	皮下 回数 筋肉 回数 静脈 回数 その他 回数	単位		
処置及び手術料				
レントゲン 検査料				
その他				
入院料	入院期間 年月日 食事 食なし 普食 食なし			普通給食 基食 基寝 看1類 看2類 看3類
療養に要した費用の合計				円

上記のとおり診療を行い、その費用を領収しました。

年月日 医療機関の所在地  
医療機関の名称  
医師の氏名・印  
連絡先の電話番号

◎記入するときは、うらの注意事項をよく読んで誤りのないようにしてください。

◎この用紙へ直接記入することによって、診療報酬明細書等の用紙により証明書を作成しても差し支えありません。なお、その証明書には、医療機関の名称、所在地、医師の氏名・印が表示されていることが必要です。

## 記入するときの注意事項（添付書類を含む）

- 表題の「被保険者」「家族」のうち、いずれか該当する方を○で囲んでください。
- ①欄、②欄 健康保険被保険者証に記載されていますのでご覧ください。
- ③欄 診療又は手当を受ける原因となった傷病名を記入して下さい。
- ④欄 発病又は負傷の年月日を記入して下さい。
- ⑤欄 ③欄で記入した傷病名の発病又は負傷の原因等を記入して下さい。  
（傷病名及び内容等によっては、別途「負傷届」の提出を求める場合があります。）
- ⑥欄 傷病の経過等について記入して下さい。  
また、治療用装具を装着した場合は、入院加療中又は外来加療中と記入して下さい。
- ⑦欄 診療又は手当の内容（診察、投薬、検査、処置及び手術、レントゲン等。）の中で該当するものを記入して下さい。  
また、治療用装具を装着した場合は、装具装着と記入して下さい。
- ⑧欄 診療又は手当を受けた期間について記入して下さい。
- ⑨欄 ⑧欄に記入した期間のうち、入院の期間があれば、その期間を記入して下さい。
- ⑩欄 治療用装具（コルセット等）の装着年月日を記入して下さい。
- ⑪欄 やむを得ず自費で診療を受けた場合は、その際に支払った金額を、治療用装具を装着した場合は、その装具の代金として支払った金額等を記入してください。
- ⑫欄 診療又は手当を受けた医療機関の名称等について記入して下さい。
- ⑬欄 やむを得ず健康保険被保険者証を使用できなかった理由等を詳しく記入して下さい。  
（治療用装具を装着した場合は、装具装着の為と記入。）
- ⑭欄 第三者の行為による負傷であるときに記入して下さい。  
なお、この場合、別途「負傷届(第三者行為用)」等を提出して下さい。（用紙は健康保険組合に備えています。）
- ⑮欄 被扶養者に関する申請のときのみ記入して下さい。（続柄は、妻・長男・長女のように記入。）
- ⑯欄 被保険者が直接受領するときに、被保険者の希望する振込機関名等を記入して下さい。  
ただし、被保険者名義のものに限ります。
- ⑰欄 なお、受領委任するときは、受取代理人名義のものを記入してください。  
被保険者の住所および氏名を記入し、印鑑は、はっきりと押しして下さい。  
ただし、被保険者が自ら署名する場合は、被保険者の押印は不要です。
- ⑱欄 この給付金の受取りを代理人に委任する場合は、被保険者及び代理人それぞれが氏名、住所等を記入し、押印してください。

### ○治療用装具（コルセット等）を装着した場合の添付書類

1. 「治療上、その装具の装着を必要と認めた医師の意見書」及び「その装具を装着したことの証明書」
2. 支払った代金の領収書（原本）
3. 装着した装具の内訳

※治療用装具（コルセット等）を装着した場合は、申請書右面の領収（診療）明細書の証明は必要ありません。

### ○やむを得ず自費で診療を受けた場合

1. あなたが診療を受けた医療機関で、申請書右面の「領収（診療）明細書」に診療の内容（投薬等があるときは、名称及び数量等）を記載してもらい、その診療に関する費用を支払った旨の証明を受けてください。
2. 上記1の証明に代えて、医療機関から別の証明書の交付を受けた場合は次の書類を添付してください。
  - ・ 診療の内容に関する証明書
  - ・ その診療を受けた際に支払った代金の領収書（原本）

○支給決定に際し、別途、必要書類等の提出を求める場合があります。

○老人保健法による医療を受けられる場合は、健康保険でこの給付は行いません。

○被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。

（個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）