

| | | | | | | | | | | | | |
|------|-----|----|----|---|-----|----|---|-----|-----|---|---|---|
| 同年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 取得 | 年 | 月 | 日 | 喪失 | 年 | 月 | 日 |
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 係 | 支給期 | 定額 | | | | | | |
| | | | | | 令 | 年 | 月 | 日から | 記入例 | | | |
| | | | | | 令 | 年 | 月 | 日まで | | | | |



療養費支給申請書
第二家族療養費

立替払等

記号番号は、「資格情報のお知らせ」で確認できます

薬局ごとにそれぞれ1枚必要です。また月ごとに分けて申請してください。

| | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|-------------|--------------|----------------|------------------------------|----------------------|----------------------|---|---|
| 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 被保険者等 記号・番号 | | | | | 記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください | | | | |
| 記号 | 100 | | 番号 | 999 | | | | | |
| 被保険者氏名 | 〇〇 〇〇 | | | | 生年月日 | 昭和 〇 年 〇 月 〇 日 平成 | | | |
| 事業所名称 | 〇〇 信用金庫 | | | 被保険者の住所 | 〇〇市〇〇町〇-〇 | | | | |
| 申請が被扶養者に関するとき | 氏名 | | | | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 傷病名 | 左足関節捻挫 | | | | 発病または負傷年月日 | 〇 年 〇 月 〇 日 | | | |
| 発病または負傷の原因 （※外傷病名の場合のみ記入） | 令和 〇 年 〇 月 〇 日 午前・午後 10 時 00 分頃 | | | | | | | | |
| | 負傷場所 自宅の庭 | | | | | | | | |
| | 何をして 庭木の剪定作業中 | | | | | | | | |
| | どのように負傷したか 脚立から転倒 | | | | | | | | |
| | 負傷したときは 出勤前・勤務中・勤務日の休憩中・帰宅後・通勤途上(出勤時・帰宅時) 休日・部活中・その他 () | | | | | | | | |
| 第三者行為によるものですか | はい・いいえ | | 第三者行為届の提出の有無 | | | 届出済・未提出(添付) | | | |
| | 第三者の住所・氏名 また不明のときはその理由 | | | 住所 氏名 理由 | | | | | |
| 治療を受けた医療機関等 | 名称 | 〇〇病院 | | | | | | | |
| | 所在地 | 〇〇市〇〇町〇〇番地 | | | | | | | |
| 診療を受けた期間 | 〇 年 〇 月 〇 日 から 1 日間 〇 年 〇 月 〇 日 まで | | | | 左記の期間に入院していた期間 | | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | |
| 療養費の支給申請の理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため <input type="checkbox"/> 2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため <input type="checkbox"/> 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため <input type="checkbox"/> 4. その他 (理由) | | | | | | | | |
| 申請額 (領収書の金額) | 7,800 円 | | | | ※ 健保使用欄 【レセプト点数記入】 点 | | | | |
| 振込先口座 (任意継続被保険者のみ記入) | 金融機関名 | 信用金庫 | | | 支店名 | | | | |
| | 預金種別 | 1. 普通 2. 当座 | | | 口座番号 | | | | |
| | フリガナ 口座名義 | | | | | | | | |

受付印

同意書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、愛知県信用金庫健康保険組合が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び負傷に関わった団体等に対して愛知県信用金庫健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受けることについて同意いたします。

また、上記照会を行うにあたり、愛知県信用金庫健康保険組合が当該医療機関等に対して、必要な範囲で照会に関する説明を行うことについて了承いたします。

後日、本件について愛知県信用金庫健康保険組合に対して一切の異議・請求等の申し立てをいたしません。

なお、本書の写しも有効といたします。

愛知県信用金庫健康保険組合 理事長様

（同意日） 令和 年 月 日

被保険者氏名

※添付書類等チェック欄《添付忘れがないかチェックしてください》

| | | |
|-------------|--------------------------------------|--|
| 申請書類 確認欄 | 加入して間もなく医療機関受診し、資格を確認できなかったため | <input type="checkbox"/> 領収書(原本) |
| | 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため | <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書(調剤の場合は調剤報酬明細書) ※診療明細書では受付できませんの注意してください |
| | 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため | <input type="checkbox"/> 他の保険者から請求があり支払った領収書(原本) <input type="checkbox"/> 他の保険者から発行された診療報酬明細書のコピー |
| | 生血液を輸血した場合 | <input type="checkbox"/> 領収書(原本) <input type="checkbox"/> 輸血証明書(輸血回数が記載された) |