伺年月日	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　間		支　給　決　定　額	
					令　年　月　日から 令　年　月　日まで	日間		

決裁日
付印

療養費 第二家族療養費 支給申請書

立替払等

この申請書は、病院(入院・外来)ごと、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	
記号	番号	フリガナ		生年月日	
		氏名		昭 平	年　月　日生
事業所の名称		フリガナ			
		申請者の住所			
申請が被扶養者に関するとき	フリガナ		生年月日	続柄	
	氏名		昭 平 令	年　月　日生	
傷病名			発病または負傷年月日	年　月　日	
発病または負傷の原因 (※外傷病名の場合のみ記入)	令和　年　月　日　午前・午後　時　分頃				
	負傷場所				
	何をして				
	どのように負傷したか				
	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				
	所在地				
診療を受けた期間	年　月　日から 年　月　日まで	日間	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	□1. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため □2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため □3. 資格取得・扶養認定手続き中につき、被保険者証が手元になかったため □4. その他(　　)				
申請額 (領収書の金額)	円		※ 健保使用欄 【レセプト点数記入】	点	

R6. 5

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
・マイナンバーを記載した場合は、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。

被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

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	保険証を提示できなかった場合	□	領収書(原本) 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
	他の保険者の被保険者証を使用した場合	□	他の保険者から請求があり支払った領収書(原本)
		□	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	□	領収書(原本)
		□	輸血証明書（輸血回数が記載された）