

※支給決議書	支給年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務局長	リーダー	担当	公費
	支給額						
	支給内訳	法定		資格取得	昭・平・令	年 月 日	履歴
		付加		資格喪失	平・令	年 月 日	
	備考			支給期間			

被保険者家族療養費支給申請書 <国保等払戻用>

注意事項

この申請書は、国保等から交付される診療(調剤)報酬明細書1枚ごとに1枚必要です。

(ウ) (イ) (ア) 以前に加入していた国保等の保険者へ支払ったことがわかる領収書の本紙を添付して下さい。

★欄は、診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合は、そのように読み替えて記入して下さい。また、それとは別に、内訳明細書がある場合、調剤報酬明細書(以前に加入していた国保等の保険者より交付されます)を添付して下さい。

被保険者等 記号・番号(※)	記号 11 番号 12345	被保険者(社員) の氏名	健保 一郎			
※ KOSMO-Webに掲載している「資格情報のお知らせ」をご参照ください						
被保険者の 現住所	〒 123-1234	東京都大田区羽田1-2-3	TEL	03	(1234)	1111
事業所名 (所属)	(株) JAL〇〇		TEL	03	(5678)	2222
(総務課)						
傷病名	急性咽頭炎		発病または 負傷年月日	令和6年5月1日頃		
発病または 負傷原因	不詳					
★ 診療を受けた 病院等の 所在地	名称	〇〇クリニック		医師氏名	〇〇××	
	所在地	〇〇市△△1-1				
★ 診療の内容	問診・触診・投薬			(※) 診療 に要した 費用の額	¥7,600-	
★ 診療の期間	R6年5月2日から 年 月 日まで 1日間		入院・入院外の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院外	入院の場合入院期間 年 月 日から 年 月 日まで		
療養の給付を 受けることが できなかった理由	<病院にマイナ保険証や資格確認書等を提示できなかった理由等を記入して下さい> 入社後、国保等を使用したため					
第三者行為に よって負傷 したもので あるか否か	ある <input type="radio"/>	ない <input checked="" type="radio"/>	第三者行為によって 負傷したときは	その事実の届出の有無	ある・ない	
			第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)			
申請が被扶養者 (家族)に関する ときはその者の	氏名			令和 年 月 日提出		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		受付日付印		
	続柄					
委任状	本請求により支給される療養費等の受領に関することを下記の者に委任します					
	所在地 事業所名称 事業主名称	事業所健保窓口にて、記入いただき して下さい。				
	委任者氏名	被保険者の署名が必要です。				

特例退職及び任意継続
の方は記入不要。