

※ 支 給 支 払 決 議 書	常務理事	事務長	係	担当者
	支給金額	円		
	支給割合	本人・家族(7割・8割)		
	支給期間	・	・	・ 日
	不支給期間	・	・	・ 日
		・	・	
		・	・	
		・	・	

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
資格取得年月日	年 月 日
資格喪失年月日	年 月 日

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより  
申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、  
本人確認するための添付書類が必要です)

備考欄

## 被保険者 家 族 療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者等記号・番号	—		事業所名称		
傷病名			発病又は負傷の年月日	年 月 日	
発病又は負傷の原因					
診療又は手当の期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間	診療又は手当に要した費用の額	金 円
診療又は手当を受けた 医療機関の名称及び所在地					
療養の給付を受けることが できなかった理由					
コルセット・ギプス等 に関する申請のとき	装 着 年 月 日		装着日に入院していたかの有無(○で囲む)		
	年 月 日		入院していた・入院していない		
傷病が第三者の行為によるときは、 その事実並第三者の氏名及び住所 (氏名又は住所が不明なときは その旨記載)					
申請が被扶養者に関するときは その者の氏名・生年月日・続柄	氏名			生年 月 日	続柄
振込希望の金融機関	金融機関名	銀行・信金			支店
	口座番号 普通・当座			氏名 (カタカナで記入)	

上記の通り申請します

〒 —

年 月 日

被保険者の住所

キクチ健康保険組合 殿

被保険者の氏名

## 注意事項

(この申請書に添えなければならない書類)

◎緊急・その他やむを得ない事由で診療を受け自費で支払ったとき

- ・診療に要した費用の領収書と診療明細書
- ・交通事故等傷病が第三者の行為によるときは「第三者の行為による被害届」

◎コレセット、関節固定器、義手義足、義眼、弾性着衣等の治療装具に要した費用について申請するとき

- ・装着が傷病の治療のため必要と認めた医師の証明書と領収書
- ・装具作製確認書と同意書
- ・装具の写真

◎9歳未満の小児が小児弱視等の治療で眼鏡やコンタクトレンズの購入費用について申請するとき

- ・医師の「眼鏡等作成指示書」
- ・枠、レンズ等の内訳が記載された領収書(POSのお買上げ票兼領収証)  
「治療用眼鏡一式〇〇〇円」の領収証は受け付けいたしません。
- ・「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合は、視力検査等の検査結果のコピーを添付してください。

眼鏡40,492円(税込)、コンタクトレンズ1枚13,780円(税込)を上限として、実際に購入に要した費用の7割を給付します(未就学児は8割を給付)。

再購入は、5歳未満は前回装着してから1年以上、5歳以上は前回装着してから2年以上経過している必要があります。

◎伝染病予防等により強制収容され診療費の一部・食費や薬価等を徴収されたとき

- ・市町村の発行する領収書

◎柔道整復師、マッサージ・あんま・はり・きゅう師の施術を医師等の指示を受け自費で払ったとき

- ・施術が必要と認めた医師の同意書・施術の明細書と領収書

### 海外にいる間に医師等にかかった場合の請求について

◎添付書類

- 「診療明細書」
- 「領収明細書」
- 「海外渡航期間が確認できる書類」(パスポートのコピー又はビザのコピー等)  
またこれらの書類が日本語で書かれていない場合は、翻訳者の住所・氏名・電話番号の記載がある  
「日本語の翻訳文」を添付してください。

◎申請者が海外在住期間に海外療養費を請求する場合は、事業主を経由して行い、その受領は  
国内にいる事業主か、家族等に委任してください。(委任状は健康保険組合にあります)