

被保険者
家族療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の	記 号		事業所の名称					
		番 号							
	療養の給付を受けた者の	氏 名			生年月日	年 月 日		続柄	
	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	1. 病気 [] 2. ケガ → 「負傷届」を併せて提出してください。							
	診療を受けた医療機関等の	名 称				医師の氏名			
		所在地							
	診療又は手当の内容				診療又は手当の期間	年 月 日から 日間			
						年 月 日まで			
					装具等の装着について 医師が指示した日		年 月 日		
診療又は手当に要した金額	¥ _____ (別紙証拠書類添付)			上記期間での 入院・入院外の別		1. 入 院 2. 入院外			
療養の給付を受けることができなかった理由									
振込(送金)を希望する金融機関	〒 _____			_____ 本店		預金の種類	1. 普通 2. 当座		
				_____ 銀行 _____ 支店					
※振込日現在に被保険者資格を喪失している方のみ記入	口座番号			口座名義人	〒 _____				
年 月 日									
上記により申請します _____ ー _____ 被保険者 住 所 氏 名 ユニチカ健康保険組合 殿 _____ 電 話 () ー									
確認欄	☐ この申請については、申請者本人（被保険者）が作成したものです								

委任する時	上記申請金額の受領方を _____ 住 所 _____ に委任します。 _____ 氏 名 _____ 年 月 日 被保険者氏名
-------	--

同意欄 ※海外で診療を受け申請する場合に記入	ユニチカ健康保険組合又はその委託を受けた者が、申請書類に記載された事実を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。 なお、国や地域、医療機関から別途同意書や委任状等を求められた場合、当該書類に必要事項を記載することや、その他の書類が必要となる場合に当該必要書類の提示等に協力することも、併せて同意します。 氏 名 _____ 住 所 _____ 年 月 日 生年月日 年 月 日 ※この欄の署名は、診療を受けた本人がおこなってください。 なお、本人が未成年の場合は親権者が、成年被後見人の場合は成年後見人が署名してください。
--	---

備考欄	被保険者等の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、本人確認をするための添付書類が必要です。）
-----	--

健保処理欄	支給額計算
-------	-------