

# 健康保険 被保険者 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・番号 (記号) (番号)		事業所の名称		事業所の所在地		受 付	
	被保険者の氏名 (フリガナ)		家族療養費の申請の場合は、療養を受けた被扶養者の氏名等 (氏名) (生年月日) (被保険者との続柄)		年 月 日			
	被保険者の住所・電話番号 〒							
	TEL ( )							
	傷病名および傷病の経過		負傷(ケガ)は第三者の行為によるものですか はい (別途「第三者の行為による負傷届」を提出してください) いいえ (負傷(ケガ)の原因・状況欄を記入してください)					
	ケガ ⇒		発病の原因		発病の年月日			
	病気 ⇒		年 月 日					
	診療又は手当の期間		入院の有無	入院期間		コルセットを装着した場合は装着した年月日		
	年 月 日から 年 月 日まで 日間		なし あり ⇒	年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日 装着		
	診療に要した金額・コルセットの代金		診療又は手当を受けた医療機関の名称等					
円		(名称)		(医師の氏名)				
		(所在地)						
申請理由 (療養の給付を受けることができなかった理由)				負傷(ケガ)の原因・状況				
ア. 治療用装具の装着 イ. 他制度で受診 (国保・その他/ ウ. 自費で受診 (国内・海外/国名 (やむを得ずマイナ保険証等を使用できなかった理由)				(いつ) 年 月 日 ( ) 時 分頃 (どこで) (何をしていた、どのように負傷したか) ア.私用中 イ.仕事中 ウ.通勤途中 エ.その他 ( )				
振 込 先 指 定 口 座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。							
	金融機関名称		口座預金種別・口座番号		預金口座名義人の氏名			
	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座 3. ( )	(フリガナ)				

☑被保険者名義のもの (受領委任をする場合は代理人名義のもの) を記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。		代理人の氏名		被保険者との関係	
	令和 年 月 日		(フリガナ)			
	被保険者		代理人の住所・電話番号			
	住所 氏名		〒			
TEL ( )						

☑この欄は給付金の受取を代理人に委任する場合のみ記入してください。

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です)	
--	--

## ◎ 申請書に必要な添付書類

### ■ 治療用装具（治療用眼鏡・弾性着衣等は除く）

- ・ 医師の意見書及び装着証明書原本
- ・ 領収書原本（内訳別の費用額が記載されているもの）  
（領収書に内訳別の費用額が記載されていない場合は、内訳書・明細書のコピーを添付してください）
- ・ 靴型装具の申請の場合は当該装具の写真

### ■ 小児弱視等の治療用眼鏡

- ・ 医師の治療用眼鏡等の作成指示書の写し
- ・ 検査結果（※作成指示書に記載がない場合）
- ・ 領収書原本

### ■ 弾性着衣等

- ・ 医師が作成した弾性着衣等の装着指示書原本
- ・ 領収書原本

### ■ 他保険へ無資格期間に係る医療費を返納した場合

- ・ 他保険へ返納した金額の領収書原本
- ・ 返納した保険で受け取ったレセプトの写し

### ■ やむを得ず自費（国内）で診療を受けた場合

- ・ 診療を受けた医療機関のレセプトの写し
- ・ 領収書原本

### ■ やむを得ず自費（海外）で診療を受けた場合

- ・ 診療内容明細書、領収明細書およびその日本語翻訳
- ・ 領収書原本
- ・ 旅券、航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し
- ・ 医師等に照会するときのための同意書

（※それぞれの用紙は、当健康保険組合に備えつけてあります。）