

健康保険 被保険者 療 養 費 支 給 申 請 書 (第 回 目)
家 族 療 養 付 加 金

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号—番号	—	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	被保険者 の氏名	事業所名 (会社名)			
	被保険者 の住所	〒 連絡先(自宅又は携帯) - -			
	被扶養者の療養で申請を行う時は記入				
	被扶養者 の氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	被保険者 との続柄	年 月 日
	傷病名				
	(治療用装具 の申請の場合 のみ記入)	いつ:	通勤途上の 負傷ですか	はい・いいえ	
		どこで:	業務上の 負傷ですか	はい・いいえ	
		発病または 負傷の原因	何をしていて:	交通事故によ る負傷ですか	はい・いいえ
		どのようにして 負傷(発病)したか:			
診療を受けた 医療機関(病 院・薬局)等	名称	医師の 氏名			
	所在地				
診療を受けた期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	日間	
入院ですか	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院ではない				
入院の場合、入院した期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	日間	
診療の内容					
療養費の支給申請の理由			診療に要した費用の額 (領収書の金額)		
<input type="checkbox"/> 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 治療用装具()を作成したため <input type="checkbox"/> その他()			円		
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	振込口座 (被保険者 本人の口 座)	金融機関名	支店名	種別	口座番号
		(ゆうちょ銀行の場合)	通帳記号	通帳番号	口座名義(カタカナ)
		ゆうちょ銀行	—		
委任状 (受領を代 理人(事業 主)に委任 する場合 のみ記入)	本請求に基づく支給金に関する受領を下記の者に委任します。				
	被保険者 (請求者)	住所 氏名	令和 年 月 日		
	代理人	住所 氏名			

※電子メールでの受付は行っておりません。会社の人事担当に提出されるか、健保へ直接郵送して下さい。
 ※申請書はA3サイズです。A3サイズ以外では受付は行っておりません。
 ※消せる筆記用具での記入では受付は行っておりません。

【添付書類】

(治療用装具)小児弱視等の治療で眼鏡やコンタクトレンズを作成した場合

- 領収書の原本
- 眼科医の治療用眼鏡等の作成指示書および検査結果

(治療用装具)四肢リンパ浮腫治療のための弾性着衣等を購入した場合

- 領収書の原本
- 医師の弾性着衣等の装着指示書の原本

(立替払い)保険証不携帯等により全額自己負担の支払いをした場合

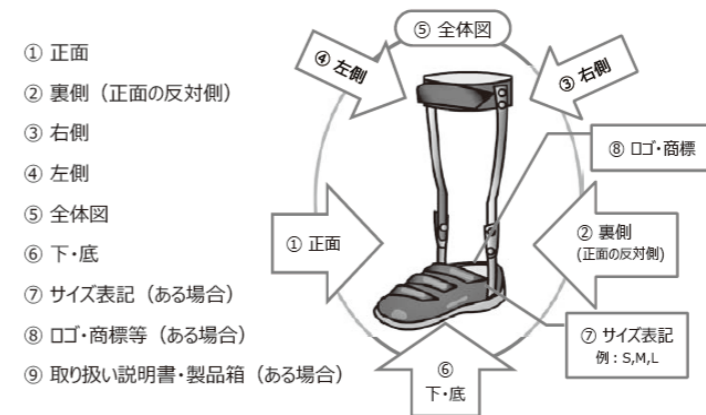
- 医療機関等に支払いをした領収書の原本
- 領収(請求)明細書、または診療報酬明細書の原本(領収書に保険点数の記載があれば不要)

(立替払い)当健康保険組合の資格を取得した後に、他の保険証を使用し、医療費の返還を行った場合

- 返還された金額を支払ったことを証明する領収書の原本、または返金した際の納付書の原本
- 診療報酬明細書(レセプト)のコピー(開封しないでと記してある封筒)

(治療用装具)コルセット、治療用靴型装具の場合

- 領収書の原本
- 装具の内訳または明細書の原本(領収書に内訳・明細の記載があれば不要)
- 医師の意見書または装具装着証明書の原本
- 治療用靴型装具の場合のみ写真を4枚。装具の写真を下の①～⑨の撮影箇所の内、①正面、②裏側 の箇所に
ついては添付が必須です。プラスそれ以外の箇所を2枚、合計4枚



健保受付日付印

健 康 保 険 組 合 記 入 欄	支払年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	課長・係長	主任	担当者	
	支払額	円						
	支給 決定 の 額	法定	円					
		付加	円					
	資格	取得	年 月 日	第二家族療養費の場合その者の認定日		合計		
		喪失	年 月 日	年 月 日	一部負担			