

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	健康保険組合が記入します					立替払い <input type="checkbox"/> 小児治療 治療用装具 <input type="checkbox"/> コンタクト
		付加						<input type="checkbox"/> 第二家族療養費 <input type="checkbox"/> 小児治療眼鏡 <input type="checkbox"/> 弾性着衣等
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					
資格喪失	年 月 日	年 月 日	部負担					

どちらか片方を選択し記入

被保険者が記入するところ	振込口座	金融機関名 ◇◇○○信用金庫	支店名 北目白	種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 ◎◎××△△□	口座名義(カタカナ) ケンボ タイチ
		(ゆうちょ銀行の場合) ゆうちょ銀行	通帳記号 (ご自分の口座に振込の場合はこちらを記入)	通帳番号	口座名義(カタカナ)	
委任状(受領を代理人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。					令和 年 月 日
	被保険者(請求者)	住所 氏名	(受領を代理人に委任する場合はこちらを記入)			(印)
	代理人	住所 氏名				(印)

※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。
※用紙は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)

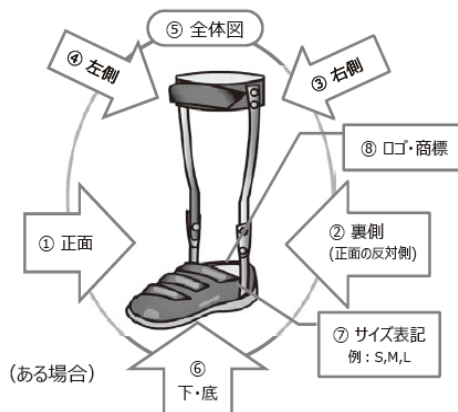
(立替払い)当健康保険組合の資格を取得した後に、他の保険証を使用し、医療費の返還を行った場合

- 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

- ① 正面
- ② 裏側(正面の反対側)
- ③ 右側
- ④ 左側
- ⑤ 全体図
- ⑥ 下・底
- ⑦ サイズ表記(ある場合)
- ⑧ ロゴ・商標等(ある場合)
- ⑨ 取り扱い説明書・製品箱(ある場合)



健保受付日付印

健康保険	被保険者	療養費	支給申請書
家族	療養付加金		(第1回目)
被保険者証の記号—番号	1 0 2 — 3 4 5 6 7	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ○○年 □月 ▲日
被保険者の氏名	健保 太一	事業所名(会社名)	東武ストア
被保険者の住所	〒171-00△△	連絡先(自宅又は携帯)	090 -○○○ -××××
東京都板橋区若木○—○○—○			
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
傷病名	右肩脱臼		
(治療用装具の申請の場合のみ記入)	いつ:	令和▲年○月□日	通勤途上の負傷ですか
	どこで:	自宅	はい・いいえ
発病または負傷の原因	何をしています:	庭で庭木の手入れをしています	業務上の負傷ですか
	どのようにして負傷(発病)したか:	脚立から落下し、右肩を強打し脱臼した	
診療を受けた医療機関(病院・薬局)等	名称	○×整形外科病院	医師の氏名
	所在地	東京都板橋区中台○—▼□—◆	
診療を受けた期間	平成・令和▲年○月□日～平成・令和▲年○月◆日 2日間		
入院ですか	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院ではない		
入院の場合、入院した期間	平成・令和▲年○月□日～平成・令和▲年○月◆日 2日間		
診療の内容	(治療用装具の場合は記入しなくて結構です)		
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 checked="" type="checkbox"/> 治療用装具(右上肢装具)を作成したため <input type="checkbox"/> その他()		○○,▲▲▲ 円	
関係諸機関に照会することへの同意 ※必ずご記入ください。			
東武流通健康保険組合 理事長殿			
私は、貴組合が療養費の支給について関係諸機関に、加入期間・給付記録・療養の給付記録・診療状況に関する情報等の照会を行うこと、また関係諸機関が照会に関する回答を貴組合に対して行うことに同意いたします。なお本書の写しも有効といたします。(関係諸機関とは前加入保険者、医療機関、年金事務所等をさします。)			
令和 ○ 年 ○ 月 ▼ ▼ 日	氏名	健保 太一	(健印)
東武流通健康保険組合では、関係諸機関から得た情報を療養費支給の目的以外には利用いたしません。			