

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									
	支給 決定 の 額	法定					<input type="checkbox"/> 療養費 <input type="checkbox"/> 第二家族療養費	<input type="checkbox"/> 立替払い <input type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 小児治療眼鏡	<input type="checkbox"/> 小児治療 コンタクト <input type="checkbox"/> 弾性着衣等	
		付加								
資格	取得					第二家族療養費の場合その者の認定日	合計			
	喪失						一部負担			

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	振込口座	金融機関名	支店名	種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	口座名義(カタカナ)
		(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	(印)		
	代理人	住所	氏名			

※電子メールでの受付は行っていません。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いません。
 ※消せる筆記用具での記入では受付は行っていません。

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

被保険者証の 記号—番号	—	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
被保険者 の氏名	(印)	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 年 月 日	被保険者 との続柄
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	交通事故によ る負傷ですか	はい・いいえ
	何をしていますか: 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	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・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	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・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()			
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	(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。			