

健康保険 被保険者 療 養 費 支給申請書 (第 1 回目)
家 族 療 養 付 加 金

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 〇〇年 〇月 〇日		
被保険者 の氏名	東 太一		事業所名 (会社名)	東武ストア	
被保険者 の住所	〒 171-00△△ 東京都板橋区若木〇—〇〇—〇				
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▲年〇月〇日	通勤途上の 負傷ですか	はい・ <input checked="" type="radio"/> いいえ	
	どこで:	自宅	業務上の 負傷ですか	はい・ <input checked="" type="radio"/> 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	交通事故による 負傷ですか	はい・ <input checked="" type="radio"/> いいえ
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	〇×整形外科病院	医師の 氏名	武山 東	
	所在地	東京都板橋区中台〇—▼□—◆			
診療を受けた期間	令和 ▲年 〇月 〇日 ~ 令和 ▲年 〇月 〇日 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	令和 ▲年 〇月 〇日 ~ 令和 ▲年 〇月 〇日 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()		〇〇,▲▲▲ 円			
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	口座名義(カタカナ)
	信用金庫	北目白	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	〇〇××△△□	ヒガシ タイチ
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			
委任状 (受領を代 理人(事業 主)に委任 する場合 のみ記入)	被保険者 (請求者)	住所 氏名	(受領を会社{代理人}に委任する場合はこちらを記入)		
	代理人	住所 氏名			

被保険者が記入するところ

被保険者が記入するところ

どちらか片方を選択し記入

※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

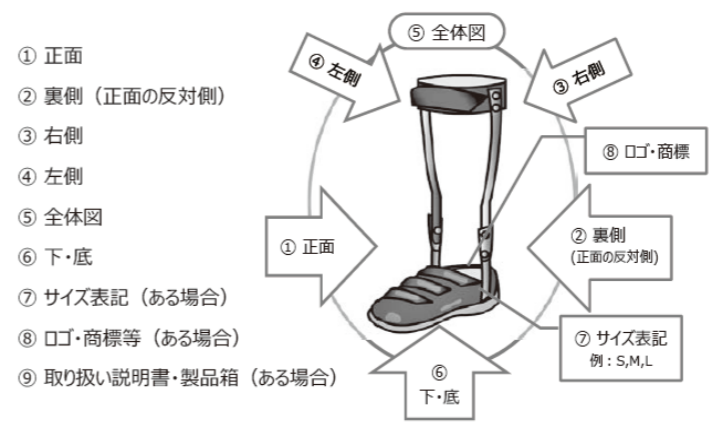
- 医療機関等に支払いをした領収書の原本
- 領収(請求)明細書、または診療報酬明細書の原本(領収書に保険点数の記載があれば不要)

(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	円	<input type="checkbox"/> 法定付加	<input type="checkbox"/> 第二家族療養費	<input type="checkbox"/> 立替払い	<input type="checkbox"/> 小児治療用装具	<input type="checkbox"/> 小児治療コンタクト
	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	<input type="checkbox"/> 小児治療眼鏡	<input type="checkbox"/> 弾性着衣等
	資格喪失	年 月 日	年 月 日	年 月 日	一部負担		

健康保険組合が記入します