

記入例

被保険者
 家族

療養費支給申請書

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 記 入 欄	記号一番号	999 - 4321	フリガナ	ケンボ タロウ	生年月日	昭和・平成	
	社員番号	123456	氏名	健保 太郎	51年 2月 13日		
	住所	〒 503 - 0916 岐阜県大垣市日の出町1-1			TEL	0584 - 81 - 3124	
	受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族（被扶養者）					
		◎受診者が家族（被扶養者）の場合のみご記入ください					
		フリガナ	ケンボ ジロウ	生年月日	昭和・平成・令和	続柄	長男
		氏名	健保 次郎	21年 2月 9日			
	傷病名	右膝靭帯損傷			発病または 負傷した日	令和 6年 1月 23日頃 ※不明の場合は記入不要です	
	発病または負傷の 原因及び経過	サッカーの練習をしていて ⇒ 第三者行為（交通事故や喧嘩など）によるものである <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ					
	診療を受けた期間 または装具装着日	令和 6年 1月 24日 から 令和 6年 1月 24日 まで		1 日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来		
診療に要した費用	円 ※実際に支払いをした金額（領収書の金額）を記入してください						
療養費の 申請理由	<input type="checkbox"/> 資格確認できずに10割負担したため <input type="checkbox"/> 誤って他の健康保険を使用したため <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具または眼鏡を作成したため ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> その他 ⇒ ()						
◎在職者のみ記入してください							
療養費の受給については、事業主に委任し、給与内に振込みすることに同意します。 ※上記事項に同意する場合は右の□にチェックをしてください。 <input checked="" type="checkbox"/>							
◎下記振込先は退職者の方・任意継続者の方のみ記入してください							
振込先	銀行・信金・農協			本店・支店・出張所			
	預金種別	普通・当座	口座番号		口座名義	※カタカナで記入	

- 【添付書類】
- ・医療機関等で健康保険の資格が確認できずに10割負担した場合は領収書の**原本**と診療明細書の**原本**
 - ・誤って他の健康保険を使用した場合は領収書の**原本**と診療報酬明細書（レセプト）の**写し**
 - ・治療用装具の場合は医師の意見書（作成指示書）の**原本**と領収書の**原本**
※靴型装具の場合のみ写真添付が必要です
詳しくは「靴型装具の写真添付について」をご確認ください
 - ・その他の既製品に関しても**保険者判断の材料として写真提出等をお願いすることがあります。**
 - ・治療用眼鏡の場合は医師の意見書（作成指示書）の**原本**と領収書の**原本**
 - ・生血の場合は輸血証明書の**原本**と領収書の**原本**

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、右枠へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

健 保 記 入 欄	健保で記入しますので、 こちらには記入しないでください。				

常務理事	担当

受付日付印