

## 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 51年2月13日	
	社員番号	123456	氏名	健保 太郎	TEL	0584 - 81 - 3124	
	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) <b>◎受診者が家族(被扶養者)の場合のみご記入ください</b>					
		フリガナ	ケンボ ジロウ	生年月日	昭和・平成 21年2月9日	令和 6年1月23日	続柄 長男
	氏名	健保 次郎					
	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 1 日間 <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 令和 6 年 1 月 24 日まで					
	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 ⇒ ( )						
<b>◎在職者のみ記入してください</b>							
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"/>							
<b>◎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</b>							
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

**※医師の意見書(作成指示書)に視力等の検査結果が明記されていない場合は、視力等の検査結果の写し**

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	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和		
	<b>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。</b>		

常務理事	担当

受付日付印