

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証明書（装具装着証明書）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証明書（作成指示書）の**原本**と領収書の**原本**
 ※医師の証明書（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 | 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