

被保険者
家 族

療養費支給申請書

令和 年 月 日

被	被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	
	所 属	事業所名 <input type="checkbox"/> 特例退職 <input type="checkbox"/> 任意継続		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	被保険者 住所	(〒 -) TEL () -			
保	傷病名				
	発病又は負傷の 原因及びその経過				
険 者 記 入 欄	発病又は負傷年月日 (療養開始日)	令和 年 月 日			
	診療を受けた 病院等	名 称			
		所在地			
	診療の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで ・ 継続中			
	入院・入院外の別	入院 ・ 入院外 ← (○をつける)			
	入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			
	診療に要した費用の額 ※立て替え払いした額	円 ※領収書のとおり			
	診療の内容				
	療養の給付を受ける ことができなかった理由 ※保険証を使うこと ができなかった理由	1. コルセット等の治療用装具を装着したため購入費用に保険がきかなかった。 2. その他 (※理由・状況などを詳しく記入する) ↑ (○をつける)			
	第三者行為に よるものですか	はい ・ いいえ ← (○をつける)			
※ 被扶養者(家族)が受診した場合					
被扶養者氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄	
※ 退職後の請求の場合《特例退職・任意継続の方は記入不要 保険料を引き落としている口座に入金します》					
入社年月日	昭・平・令 年 月 日	退職年月日	平・令 年 月 日		
フリガナ		預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ	
金融機関名	銀行	支店	口座番号	名 義	
備考					

〔添付書類〕 1 コルセット等の治療用装具装着の場合
2 やむを得ず保険証を使えなかった場合
1 発病又は負傷の原因が業務上、又は通勤途中の事故による場合は労災保険からの給付があるため健保から療養費は支給されません。
2 特例退職・任意継続の方は保険料を引き落としているご指定の口座への入金となります。

①装具等の装着が「傷病の治療のため必要」と認められる医師の証明書(原本)
②装具代についての領収書及び、採型・使用材料等の明細書(原本)
③靴型装具に係る申請の場合、当該装具の写真
④医療機関が発行する「診療報酬明細書(レセプト写)」
⑤自費診療についての領収書(原本) ※受診者名がわかるもの ※領収印があるもの

健 保 記 入 欄	支 給 額	¥	支給決定日	令和 年 月 日
			支給決定 並びに 支出決議 常務 理事	担 当 者

本紙に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

事業所 受付印 担当者	
-------------------	--