

※	支給決定日		常務理事	事務長	MGR	担当	CPU
	支給額						円

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書 (回)

※欄は健保使用欄です

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証		事業所名称・連絡先				※前回 年 月 日	
	記号	番号	TEL — — —				※資格取得日	※資格喪失日
	氏名		被保険者 住所 〒		TEL — —		月 日	月 日
	(生年月日 昭・平 年 月 日)							
	申請対象者が 家族の場合	氏名	生年月日		続柄	年齢		
			昭 平 令 年 月 日					
	傷病名	発病負傷の 年月日		平 令 年 月 日	(午前・午後 時頃)			
	発病負傷の 原因	※外傷性の場合は「いつ」「どこで」等詳細に、内科的疾患の場合も分かる範囲で必ずご記入下さい(内科的な場合は理由不明・先天性等可)。						
	※第三者の行為であるか		※はいの場合は、ご提出前に 健保にご連絡下さい		※業務上の事由によるものか		※はいの場合は、ご提出前に 健保にご連絡下さい	
	はい ・ いいえ				はい ・ いいえ			
	医療機関 名称等	名称	診療を担当した 医師名					
		所在地						
	申請理由 (○をつける)	① 保険証を持たずに受診		② 旧保険証を使用して受診				
	③ 治療用装具(コルセット等)を購入		④ 治療用装具(弾性着衣)を購入					
	⑤ 治療用眼鏡等を購入		⑥ その他 ()					
申請理由が ①・②・⑥ の場合								
診療の内容								
診療の期間	自 平令 年 月 日	日数	・入院	領収書の 金額 円				
至 平令 年 月 日		日間	・通院					
提出書類	※診療月、医療機関(薬局)ごとに申請書を分けてください ①の場合…医療機関(薬局)の明細書(原本)＋領収書(原本) ②の場合…診療報酬明細書(開封無効)＋医療費を返還した際の領収書(原本) ⑥の場合…ケースにより異なるため、健保にご連絡ください							
申請理由が ③・④・⑤ の場合								
装具購入日	平令 年 月 日	※	・入院	領収書の 金額 円				
・通院								
提出書類	③の場合…治療上装具の必要を認めた医師の証明書等(原本)＋明細書(原本)＋領収書(原本)＋ 装具の写真(靴型装具のみ)※明細は領収書に併記されている場合があります ④の場合…治療上弾性着衣の必要を認めた医師の証明書等(原本)＋明細書(原本)＋領収書(原本) ⑤の場合…作製指示書(原本)＋眼鏡の領収書(原本→レンズ代、フレーム代等の内訳の記載のあるもの)							
*振込先の銀行は被保険者(請求者)名義のものを記入								
振込先金融機関	銀行・信金 信組・農協		支店名 (店番号)	※ゆうちょ銀行の支店名は数字3ケタ		支店・本店 営業部		
口座種別	普通	口座番号		(受付日印)				
		口座名義 (カナ)						