

| 種別 | 支給期間 | 日数 | 金額 | | 資格関係 | | | |
|----|------|----|-----------------|--|------|---|---|--------------------|
| | | | 請求額 (円) × 0.7 | | 年 | 月 | 日 | 取得 |
| | | | 組合算出額 (円) × 0.8 | | 年 | 月 | 日 | 認定 |
| | | | | | 年 | 月 | 日 | 喪失 |
| | | | | | | | | 療養費 治療用装具 海外 |

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

| | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------|------|----------|--------------------|-------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------|----------|--|
| 被 保 険 者 の 記 入 す る と こ ろ | 被保険者証の記号・番号 | | 事業所の名称 | | 被保険者氏名 | | | 被保険者の生年月日 | | |
| | 記号 | | | | | | | 昭和 年 月 日 | | |
| | 番号 | | | | | | | 平成 年 月 日 | | |
| | 被扶養者の申請の場合は、療養を受けた被扶養者の氏名等 | | | 氏名 | | 生年月日 | | | 被保険者との続柄 | |
| | | | | | | 昭和 平成 令和 | | | 年 月 日 | |
| | 被保険者の住所 電話番号 | | 〒 - | | 携帯電話等 連絡先 () - | | | | | |
| | 傷病名及び傷病の経過 | | ケガ → | | | 負傷(ケガ)は第三者の行為によるものですか | | 負傷(ケガ)の原因・状況 | | |
| | | | ケガ → | | | *はい 別紙「負傷届:第三者行為届」 を提出してください。 | | *いいえ (右欄に記入してください) | | |
| | | | 病気 → | | | 発病の原因 | | 発病の年月日 | | ア、私用中 イ、工作中 ウ、通勤中 エ、その他 *何をしていた、どのように負傷したか |
| | | | 病気 → | | | | | 平成・令和 年 月 日 | | ア、私用中 イ、工作中 ウ、通勤中 エ、その他 *何をしていた、どのように負傷したか |
| 診察又は手当の期間 | | 受診日数 | 入院の有無 | 入院期間 | | *治療用装具を装着の証明日(意見書) | | 診察等に要した金額 治療用装具の代金 | | |
| 年 月 日から 年 月 日まで | | 日 | 有 - 無 | 年 月 日から 年 月 日まで | | *治療用装具の装着日 | | 年 月 日 円 | | |
| 診察又は手当を受けた医療機関の名称等 | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | 医師の氏名 | | | 所在地 | | | | |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 | | | | | | | | | | |
| ア、治療装具の装着 イ、他制度で受診(国保・共済・その他) → ウ、自費で受診(国内・海外/国名) → | | | | | (やむを得ず健康保険証を使用できなかった理由) | | | | | |

被保険者名義のもの(受領委任をする場合は代理人名義のもの)を記入してください。

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------|-----|-----|----------|--|--|-------------------------------|--|--|
| 振 込 先 口 座 | 金融機関名 | | | 口座預金種別 | | | 預金口座名義人の氏名 (カタカナで記入してください) | | |
| | 銀行 | | 店 | 普通・貯蓄・当座 | | | | | |
| | 金庫 | | 支店 | 預金口座番号 | | | | | |
| 組合 | | 出張所 | 店番号 | | | | | | |

下記の欄は給付金の受取を代理人に委任する場合のみ記入してください。自署の場合は押印不要です。

| | | | | | | | | |
|-------------|--------------------------------|--|-----------------|--|---------------|--|-------|--|
| 委 任 状 | 本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 | | 代理人の氏名 | | 被保険者(請求者)との関係 | | (受付印) | |
| | 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| | 被保険者(請求者)氏名 | | 代理人の住所・電話番号 | | | | | |
| | 〒 - | | 携帯電話等 連絡先 () - | | | | | |

- 治療用装具に関する申請のとき → 「装着が傷病の治療のため必要と認められる医師の意見書(証明書)」及び「実費についての領収書」靴型装具の申請の場合、当該装具の写真を添付
- 海外における療養費の申請のとき → 1、「診療内容明細書」及び「領収明細書」・「領収書」尚、明細書等が外国語で記載の場合は、翻訳者住所・氏名を明記した翻訳文
2、旅券・航空券、その他の渡航した事実が確認できる書類の写し
3、保険者が当該海外療養を担当した者に内容を照会することに関する当該海外療養を受けた者の同意書
- やむを得ず、保険診療を受けられずに自費支払いをしたとき → 「診療報酬明細書」・「領収書」

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄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。)

| |
|-----|
| 備考欄 |
| |