

被保険者等 記号・番号	10	24680	所 属 事業所	日本板硝子株式会社 東京本社	
被保険者（申請 者）の氏名（自署）	日板 健一		被保険者の 生 年 月 日	☒ 昭和 50 年 3 月 7 日 ☐ 平成	
被保険者（申請 者）の住所	〒336-0002 埼玉県大宮市〇〇1-2-3				
被 扶 養 者 に 関する申請の とき	被扶養者氏名 及び生年月日	日板 美 幸 昭・平・令 52 年 12 月 28 日		被保険者 との続柄	妻
傷 病 名	腰椎椎間板ヘルニア		発 病 又 は 負傷年月日	令和 6 年 10 月 10 日	
発 病 又 は 負 傷 の 原 因	不 詳		第三者行為（交通事故等）によるものですか ☒ いいえ ・ ☐ はい 「はい」の場合、「第三者の行為による傷病届」等を 提出してください。		
傷 病 の 経 過	良 好				
診 療 を 受 け た 病院等の名称 ・所在地及び 医師の氏名	名 称	〇〇整形外科医院		医師氏名	大宮 雅一
	所 在 地	埼玉県大宮市〇〇3-2-1			
診 療 の 内 容	コルセット装着		治療用装具装着日：令和 6 年 12 月 23 日 〔 ☐ 入院 ・ ☒ 入院外 〕		
診 療 を 受 け た 期 間	令和 6 年 12 月 6 日から 令和 6 年 12 月 23 日まで		3 日間	診療に要した 費 用 の 額	34,360 円
療養の給付を受 けることができ なかった理由等 ※該当項目を○で 囲んでください。	申 請 理 由		必 要 書 類 ※いずれも原本を添付してください。		
	①治療用装具（コルセット等）購入		⇒医師の意見書と装着証明書(原本)、装具明細を確認できる もの、領収書(原本)、靴型装具に限り装具の現物写真		
	②自費診療（証不携帯・証交付前受診）		⇒医療機関へ支払った領収書(原本)、診療(調剤)報酬明細書 〔レセプト〕(原本)		
	③小児弱視等の治療用眼鏡の購入 ↓ （※給付額の上限あり） 【 初回申請 ・ 前回申請日（ 年 月 ） 】		⇒医師の治療用眼鏡等の作成指示書および検査結果(原本)、 領収書(原本)		
	④資格喪失後の受診により前保険者へ 返還した医療費の還付		⇒国保・前保険者へ支払った領収書(原本)、診療(調剤)報酬 明細書〔レセプト〕(写)		
⑤その他（ ）		⇒健康保険組合へお問い合わせください。			

レセプトは医療機関から発行される診療(調剤)報酬明細書です。必ず本人から医療機関へ申し出て取得してください。受診後に領収書と
一緒に渡される医療費明細書とは異なりますので、ご注意ください。“開封厳禁”等と記載されている場合は、そのままご提出ください。

※ 退職後に請求の場合のみご記入ください。（任意継続被保険者は記入不要です。）

被保険者（請求者）に対する支払金融機関の欄				
金融機関名	銀行・農協 金庫・信組	本店・支店 出張所	口座種別	1. 普通 2. 当座
口 座 番 号	口座名義	フリガナ		

令和 6 年 12 月 25 日提出

受付日付印

<記入例:立替払い> 健康保険 療養費支給申請書

被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	10	23456	所 属 事業所	日本板硝子株式会社 東京本社	
被保険者（申請者）の氏名（自署）	日板 誠一		被保険者の生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成	5 年 3 月 7 日
被保険者（申請者）の住所	〒273-0002 千葉県船橋市〇〇1-3-5 〇〇マンション 109 号				
被 扶 養 者 に 関 する 申 請 の と き	被扶養者氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日		被保険者 との続柄	
傷 病 名	右足首捻挫		発 病 又 は 負 傷 年 月 日	令和 6 年 11 月 23 日	
発 病 又 は 負 傷 の 原 因	サッカーの練習試合で転倒した際に負傷		第三者行為（交通事故等）によるものですか ☒ いいえ ・ ☐ はい 「はい」の場合、「第三者の行為による傷病届」等を提出してください。		
傷 病 の 経 過	良 好				
診 療 を 受 け た 病 院 等 の 名 称 ・ 所 在 地 及 び 医 師 の 氏 名	名 称	〇〇整形外科クリニック		医師氏名	横浜 隆一
	所 在 地	神奈川県横浜市〇〇1-2-3			
診 療 の 内 容	レントゲン、湿布処置、投薬		治療用装具装着日：令和 年 月 日 〔 ☐ 入院 ・ ☐ 入院外 〕		
診 療 を 受 け た 期	令和 6 年 11 月 23 日から 令和 6 年 11 月 23 日まで		1 日間	診 療 に 要 し た 費 用 の 額	16,800 円
療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由 等 ※該当項目を○で 囲んでください。	申 請 理 由		必 要 書 類 ※いずれも原本を添付してください。		
	①治療用装具（コルセット等）購入		⇒医師の意見書と装着証明書(原本)、装具明細を確認できるもの、領収書(原本)、靴型装具に限り装具の現物写真		
	②自費診療（証不携帯・証交付前受診）		⇒医療機関へ支払った領収書(原本)、診療(調剤)報酬明細書〔レセプト〕(原本)		
	③小児弱視等の治療用眼鏡の購入 ↓ （※給付額の上限あり） 【 初回申請 ・ 前回申請日（ 年 月 ） 】		⇒医師の治療用眼鏡等の作成指示書および検査結果(原本)、領収書(原本)		
	④資格喪失後の受診により前保険者へ 返還した医療費の還付		⇒国保・前保険者へ支払った領収書(原本)、診療(調剤)報酬明細書〔レセプト〕(写)		
⑤その他（ ）		⇒健康保険組合へお問い合わせください。			

レセプトは医療機関から発行される診療（調剤）報酬明細書です。必ず本人から医療機関へ申し出て取得してください。受診後に領収書と一緒に渡される医療費明細書とは異なりますので、ご注意ください。“開封厳禁”等と記載されている場合は、そのままご提出ください。

※ 退職後に請求の場合のみご記入ください。（任意継続被保険者は記入不要です。）

被保険者（請求者）に対する支払金融機関の欄					
金融機関名	銀行・農協 金庫・信組	本店・支店 出張所		口座種別	1. 普通 2. 当座
口 座 番 号		口座名義	フリガナ		

令和 6 年 12 月 3 日提出

受付日付印