

健康保険

☐ 被保険者
☐ 家族

療養費支給申請書

被保険者等 記号・番号			所 属 事業所		
被保険者（申請 者）の氏名(自署)			被保険者の 生 年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日
被保険者（申請 者）の住所	〒 ー				
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			発 病 又 は 負傷年月日	令和 年 月 日	
発 病 又 は 負 傷 の 原 因			第三者行為（交通事故等）によるものですか		
傷 病 の 経 過			☐ 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。		
診 療 を 受 け た 病 院 等 の 名 称 ・ 所 在 地 及 び 医 師 の 氏 名	名 称			医師氏名	
	所 在 地				
診 療 の 内 容	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 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	診 療 に 要 し た 費 用 の 額	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 年 月 日提出

受付日付印