

健保組合 使用欄	支給決議			支払年月日	令和 年 月 日	シーケンスNO.	
	常務理事	事務長	担当者	支給期間	令和 年 月 日から	日間	備考
					令和 年 月 日まで		
	資格取得	昭和・平成・令和 年 月 日	給付割合	<input type="checkbox"/> 7割	支給金額	<input type="checkbox"/> 5歳未満…1年以上経過	
喪失	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 8割		<input type="checkbox"/> 5歳以上…2年以上経過			

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		生 年 月 日		被保険者 (請求者) の氏名		(フリガナ)				
	1 1	-	昭和・平成	年	月	日					
	被保険者 (申請者) の住所		〒 - Tel () -								
	申請が被扶養者に関するときはその者の		被扶養者氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者との続柄	
	傷病名		発病又は負傷年月日 (療養開始日)			昭和 平成 令和	年	月	日		
	発病又は負傷の原因		<input type="checkbox"/> 工作中以外(業務外)での傷病 <input type="checkbox"/> 工作中(業務上)での傷病 <input type="checkbox"/> 通勤途中での傷病			工作中・通勤途中の傷病は原則、健康保険は使えません。		第三者の行為によるものですか はい・いいえ			
	第三者の行為による負傷であるとき		その事実の届出の有無		有・無		加害者の氏名		加害者の住所		
	診療を受けた病院等の		名称		所在地		診療を担当した医師の氏名				
	診療を受けた期間・日数		平成・令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日								
	療養の給付を受けることができなかった理由		<input type="checkbox"/> 治療用装具の装着 <input type="checkbox"/> 保険証の不携帯 <input type="checkbox"/> 9歳未満の小児弱視・斜視の治療用で眼鏡・コンタクトレンズを作製 <input type="checkbox"/> その他()			領収書の金額		円			
	振込口座希望		預金種別	普通当座	金融機関名 (ゆうちょ銀行を含む)		銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所				
	受取代理人欄		代理人的氏名		(フリガナ)		代理人の住所		〒 - Tel () -		

◎ 受取代理人欄は、給付金の受領を第三者に委任する場合に記入してください。

令和 年 月 日提出

マイナンバーで申請したい方は健康保険組合までご連絡ください。

【添付書類】

※ 治療用装具に関する申請のとき

- ・装具が治療のため必要と認める旨が記載された「医師の証明書」(原本)
- ・装具作製にかかった費用が確認できる領収書(原本)
- ・靴型装具の場合は写真(インソールは靴から出して装具が見えるように写真を撮影してください)メール送信可

※ 保険証不携帯による請求のとき

- ・医療機関等発行の診療内容のわかる「診療報酬明細書」(原本)
- ・診療にかかった費用が確認できる領収(明細)書(原本)

※ 9歳未満の小児弱視・斜視の眼鏡・コンタクトレンズの作製の申請のとき

- ・眼科医の「治療用眼鏡等」の作製指示書および患者の検査結果(原本)
- ・購入した「治療用眼鏡等」の領収書(原本)

※書類経路…被保険者(請求者)→健保組合

受付日付印