

健保組合 使用欄	〒	123	-	4567	Tel (0566)	82	-	9851
	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇							

健保使用欄

記入例 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	記号・番号	1 1 0 1 - 1 2 3 4	生年月日	昭和 5 5 1 1 0 1 平成	被保険者 (請求者) の氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		
	被保険者 (申請者) の住所	〒 123 - 4567 Tel (0566) 82 - 9851 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇 自宅住所を記入						
入 す る と こ ろ	申請が被扶養者に 関するときはその者の	被扶養者 氏名	健保 元気		生年月日	昭和 1 8 0 5 3 0 令和	被保険者 との続柄	二男
	傷病名	右膝靭帯損傷			発病又は負傷年月日 (療養開始日)	昭和 0 2 1 0 0 5 平成 令和		
こ ろ	発病又は負傷の原因	<input checked="" 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			第三者の行為によるものですか はい・ <input checked="" type="checkbox"/> 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		
こ ろ	診療を受けた病院等の 名称	富士総合病院 整形外科			診療を担当した 医師の氏名	山田 太郎		
	診療を受けた期間・日数	平成 2 年 1 0 月 5 日 から 令和 年 月 日まで 通院中 日						
こ ろ	療養の給付を受けること ができなかった理由	<input checked="" 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	20,000 円		
	振込希望 口座	預金種別	普通 当座	金融機関名 (ゆうちょ銀行 を含む)	ゆうちょ	銀行 金庫 農協	二一八	本店 支店 出張所
こ ろ	口座番号	3 1 2 3 4 5 6			口座名義	(カタカナで記入) ケンポ タロウ		
	受取代理人 の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日提出 被保険者 住所 _____ (請求者) 氏名 _____ 代理人 (フリガナ) _____ 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。
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。

令和 2 年 10 月 20 日提出

【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

※ マイナ保険証等 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)

左記の添付書類を添付し
健保組合へ提出して下さい

※書類経路…被保険者(請求者)→健保組合

(2023.3.1)