

健保組合 使用欄	〒	給	送	法	議	支	扶	年	日	月	日	年	日	月	日	シ	ー	ケ	ン	ボ	タ	ロウ
	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 平成	年	5 5	月	1 1	日	0 1	被 保 険 者 (請 求 者) の 氏 名	(フリガナ) ケンボ 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 る 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 平成	年	1 8	月	0 5	日	3 0	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 平成	年	0 2	月	1 0	日	0 0	5		
す る 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			仕事中・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・ <input checked="" type="checkbox"/> いい							
	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									
と こ ろ	診療を受けた病院等の 所在地	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・令和 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	受取代理人 の 氏 名	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													
	代理人 の 住 所	被 保 険 者 住 所 (請 求 者) 氏 名 〒 - 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)