

健保組合 使用欄	給付金 支給年月日 令和 年 月 日			合和 年 月 日			〒(フリガナ)		
	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
家 族

被 保 険 者	被保険者証の記号・番号	1 1 0 1 - 1 2 3 4	生 年 月 日	昭和 5 5 年 1 1 月 0 1 日	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					
傷 病 名	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 令 和 1 8 0 5 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 令 和 0 2 1 0 0 5		
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		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		
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		
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇番地					
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						
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			
			装具・眼鏡等 購入日	令和 2 年 10 月 15 日			
振 込 希 望 の 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		本店 支店 出張所	二一八 支店
	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						
	代理人 の氏名	(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 2 年 10 月 20 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)

**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)