

被保険者
家族

療養費支給申請書

令和 元年 6月 1日提出

以下の場合には、ご申請前ご連絡ください。
・ 第三者行為(交通事故等)の場合には、健康保険組合へ
・ 業務上または通勤退勤途中のケガの場合は、人事部へ

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の 記号番号	記号 1	番号 121212	被保険者 氏名 健保 太郎	被保険者 生年月日 昭和 3年 4月 5日 平成	※ 被保険者本人が自署の場合、押印を省略できます		
	被保険者の 住所	〒222-8563 神奈川県横浜市港北区新横浜〇-〇-〇 電話番号 045 (〇〇〇) 〇〇〇〇			事業所 名称 株式会社マクニカ			
	受診者氏名	健保 花			受診者 生年月日 昭和 20年 3月 20日 平成	続柄	長女	
	傷病名	急性胃腸炎			発病又は負傷の 年月日 平成 1年 5月 5日 令和			
	傷病の原因 ※ 詳細に記入	旅行中に食べ過ぎによる腹痛						
	傷病の経過	処方された飲み薬により回復						
	診療を受けた 医療機関等について	医療機関 等の名称 〇〇病院	所在地 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3		担当医師 の氏名 〇〇 〇〇			
	診療の内容	診察により飲み薬を処方			診療に要した 費用の額 5,000	通貨単位 ()		
	診療の期間 (医療機関別、月ご と、外来・入院別に記 入)	自 平成・令和 1年 5月 5日		至 平成・令和 1年 5月 6日		2日間	<input checked="" type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院
	医師による 治療用装具の作成指示日	平成・令和 年 月 日			医師による 治療用装具の装着確認日	平成・令和 年 月 日		
療養費支給申請の 理由	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急でやむを得ず受診し、保険証を持参していなかったため <input type="checkbox"/> 誤って以前加入していた健保の保険証を使用したため <input type="checkbox"/> 病院の担当医師の指示により治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> その他(詳細に)			装具を作成した場合は、医師の意見書等証明書に記載されている作成指示日および装着確認日をご記入ください。医師の意見書等証明書にこれらの日付が記入されていない場合には、支給できませんのでご注意ください。				
障害者手帳を持っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			※ 障害者手帳をお持ちの方は、障害者手帳のコピーを添付してください				
第三者行為(交通事故等)による傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			業務上または通勤退勤途中での傷病ですか		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
ご申請前に第三者行為の場合には健保へご連絡ください。				業務上または通勤退勤途中の場合は請求できません。人事部へご連絡ください。				
支 払 金 融 機 関	金融機関コード	支店コード	〇〇〇〇 (銀行)		〇〇〇〇	本店		
	〇〇〇〇	〇〇〇				支店		
	預金種別	口座番号(7桁)			口座名義(カタカナ) ※ 被保険者名義			
	普通預金	0123456			ケンボ タロウ			
委 任 状	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日							
	被保険者	Ⓜ					被保険者が記入するところと同一印(省略不可)	
	原則、委任払いでの申請は受け付けできません。 やむを得ない理由により、代理人に委任する場合は、ご申請の前に健康保険組合までご連絡ください。							
	受取代理人	電話	(フリガナ)		氏名	Ⓜ 委任者と代理人の関係 ()		

※ やむを得ない理由により、委任払いをされる場合には、ご申請の前に健康保険組合までご連絡ください

● 添付書類

(保険証を持たずに診療を受けた場合) ※ 医療機関で発行してもらってください

- ・ 【病院・診療所】診療報酬明細書(レセプト)(原本)、領収書(原本)
- ・ 【調剤薬局】調剤報酬明細書(調剤レセプト)(原本)、領収書(原本)

※ 療養費支給申請書および添付書類は、受診者別に、医療機関別に、診療月ごと(外来・入院別)にご提出ください

(前健保資格喪失後の受診により返還請求を受けた場合) ※ 前健保へ医療費を返還後に、前健保より送付された書類を添付

- ・ 前健保の領収書(原本)
- ・ 診療報酬明細書(レセプト) ※ 未開封のままご提出ください

※ 療養費支給申請書は、受診者別に、医療機関別に、診療月ごと(外来・入院別)にご提出ください

(治療用装具を作成した場合)

- ・ 医師の意見書(証明書等)(原本) ※ 医師による治療用装具の作成指示日および装着確認日の記載があるもの
- ・ 領収書(原本)
- ・ 内訳がわかる明細(原本)
- ・ 作成した治療用装具の現物の画像(靴型装具のみ)

(小児弱視等の治療用眼鏡を作成した場合) ※ 9歳未満の小児の弱視、斜視、先天性白内障術後の屈折矯正のいずれかの治療を目的とする

- ・ 医師の小児弱視等の治療用眼鏡等作成指示書(原本)
- ・ 領収書(原本) ※ 内訳が記載されているもの
- ・ 眼鏡の処方箋(写し)

※ 更新の場合は、【5歳未満】前回装着から1年以上経過、【5歳以上】前回装着から2年以上経過 の場合に支給可能

(海外で受診した場合)

- ・ 旅券や航空券など海外に渡航した事実(氏名、渡航先、渡航期間等)が確認できる書類(写し)および調査に関わる同意書(原本)
- ・ 【医科】診療内容明細書(様式A)(原本)、領収明細書(様式B)(原本)、翻訳者の住所・氏名・捺印のある日本語の翻訳文(原本)
- ・ 【歯科】歯科診療内容明細書(原本)、領収書(原本)、翻訳者の住所・氏名・捺印のある日本語の翻訳文(原本)

※ 療養費支給申請書および添付書類は、受診者別に、医療機関別に、診療月ごと(外来・入院別)にご提出ください

受付日付印