

記入例

健康保険 被保険者・**家族**療養費支給申請書

*個人番号で申請する場合は、個人番号および本人確認するための添付書類が必要です。(マイナンバーカードもしくは通知カードのコピーと運転免許証のコピーもしくは住民票原本)

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------------------------------------|--------------------|-----------|--------|---|----------------|--------------------|-----------------------|--------------------------------|---|---|---|
| 被保険者証の記号番号 または個人番号 | 1 - 123△△ | | 被保険者資格取得日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 被保険者資格喪失日 (喪失後の場合) | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 被保険者氏名と印 | フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎 (健保印) | | | 被保険者住所 | 〒 228-0000 〇〇県〇〇市1-2-3 〇〇マンション105号室 | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 〇〇 年 07 月 26 日 | | | 電話 | 00 (1234) 5678 | | | | | | | |
| 所属部署名及び電話 | 株式会社 〇〇〇〇 〇〇店 | | | 電話 | 00 (4321) 8765 | | | | | | | |
| 療養が被扶養者のときは、その者の氏名 | 健保 花子 | | | 続柄 | 妻 | | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | |
| 発病又は負傷年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 傷病名 | 左足首骨折 | | | | | | |
| 発病又は負傷の原因及び経過 | スキー滑走中に転倒したため | | | | | 第三者の行為によるものですか | いいえ ・はい | | | | | |
| 診療を受けた医療機関 | 名称 | 〇〇病院 | | | 診療を担当した医師名 | 〇〇 〇〇 | | | | | | |
| | 所在地 | 〇〇県〇〇市5-6-7 | | | | | | | | | | |
| 診療の期間(支給期間) | 自 | 年 | 月 | 日 | 日数 | 区分 | 入院の場合左記の入院期間 | | 診療に要した費用の額 | | | |
| | 至 | 年 | 月 | 日 | 2 | 入院 | 自平成 〇〇 年 02 月 11 日 | 2 日間 | ※領収書を添付すること 42,000 円 | | | |
| 診療の内容 | 2月11日に入院し、ギプス包帯装着 | | | | | | | | | | | |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 | 治療用装具作成のため | | | | | | | | | | | |

※下記の書類を添付してください。

- ◆自費診療(立替払い)に関する申請のときは、「診療報酬明細書(レセプト)」と「領収書」の原本
- ◆治療用装具に関する申請のときは、①「医師の証明書(作成指示書)」②「領収書」の原本 ③靴型装具の場合「全体像のわかる写真3枚」
- ①「医師の証明書(作成指示書)」には、患者の氏名・生年月日・傷病名、医療機関の名称・所在地、診察した医師の氏名、医師が治療上必要であると認めた年月日、治療用装具の名称、装着(適合)を確認した年月日が記載されていること。
- ②「領収書」には、料金明細(内訳別に名称、採型区分・種類等、価格を記載)オーダーメイド又は既製品の別(既製品の場合は製品名)治療用装具を取り扱った義肢装具士の氏名が記載されていること。
- ③靴型装具の場合「全体像のわかる写真3枚」は、装具現物の写真1枚、患者が実際に装着している写真(正面・横から各1枚)
- ※その他、必要に応じて追加書類を依頼することがあります。

※原則として給与振込口座へのお振込みとなります。

平成 年 月 日提出
受付日付印

1ヶ月以内に給与口座を変更した方 } のみ支払金融機関をご記入下さい。
資格を喪失した方 }

| | | |
|----------|-----------|----|
| 支払金融機関 | 銀行 | 本店 |
| | 信用金庫 | 支店 |
| | 信用組合 | |
| 支店番号 | 口座番号(右づめ) | |
| | 普通・当座 | |
| 口座名義(カナ) | | |