

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書

被保険者情報	① 被保険者証	記号		番号		② 生年月日	昭 平	年	月	日	
	③ 氏名(申請者)										
	④ 住所(申請者)	〒 -									
	⑤ 電話番号 (日中の連絡先)	()				⑥ 事業所名					

申請内容	⑦ 受診者(どちらかに☑)		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)										
	⑧ 受診者が被扶養者(家族)の場合		氏名				生年月日	昭 平 令	年	月	日	続柄	
	⑨ 傷病名							⑩ 発病または負傷年月日	平 令	年	月	日	
	⑪ 発病または負傷の原因												
	⑫ 工作中、通勤途中、第三者行為によるものですか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (工作中 通勤途中 第三者行為) ※記入上の注意事項参照										
	⑬ 診療を受けた医療機関		名称										
			所在地										
	⑭ 診療に要した費用		円										

●「診療費用(立替払い)」または「治療用装具」欄については、該当するいずれかの欄に記入してください。

診療費用(立替払い)	⑮ 理由 (該当するものに☑)		<input type="checkbox"/> 保険証等を提示できず自費で診療を受けたため [理由] <input type="checkbox"/> 以前加入していた保険者の保険証等を使用してしまったため <input type="checkbox"/> その他 []								
	⑯ 診療の内容							⑰ 入院・外来の別	入院	外来	
	⑱ 診療期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで (日間)								

治療用装具	⑲ 費用を支払った日	令和 年 月 日									
	⑳ 装具名										

●給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状欄に記入してください。

⑳ 委任状	私は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(申請者)	氏名										㊟
		住所	「被保険者(申請者)住所」と同じ									
	代理人	氏名										㊟
	住所											

㉑ 振込先指定口座	銀行 組合		支店		
	信用金庫		出張所		
	種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号		
	(フリガナ) 口座名義				

㉒ 備考欄	被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)
--------------	----------------------------------------------------------------------------------------

年 月 日提出
受付

【 記入上の注意事項 】

「③氏名（申請者）」：被保険者名を記入してください。※受診者が被扶養者（家族）であっても申請者は被保険者となります。

「⑨傷病名」：負傷（ケガ）の場合には、「**負傷原因届**」を併せて提出してください。
（負傷（ケガ）以外の傷病でも提出をお願いすることがあります。）

「⑩工作中、通勤途中、第三者行為によるものですか」：「はい」の場合、**傷病の原因が工作中または通勤途中によるもので、労災に該当するときは申請いただけません。**労災に該当するかは、労働基準監督署にご確認ください。第三者行為によるものの場合には、別途「第三者の行為による傷病届」を提出してください。事前に当健康保険組合にご連絡ください。

【添付書類】

診療費用（立替払い）	<p>1. 保険証等を提示できず自費で診療を受けた場合</p>	<p>①診療報酬明細書(レセプト)または調剤報酬明細書(レセプト)《原本》 支払いの際に発行された診療明細書ではありません。医療機関、調剤薬局に発行を依頼してください。</p> <p>②領収書《原本》 ※傷病名が負傷（ケガ）によるものの場合</p> <p>③負傷原因届（負傷の原因について） （負傷（ケガ）以外の傷病でも提出をお願いすることがあります。） ※「受診者ごと」「診療月ごと」「医療機関ごと」「入院・外来ごと」に申請書が必要になります。</p>
立替払い	<p>2. 以前加入していた保険者（国民健康保険等）の保険証等を使用したため、医療費の返還を行った場合</p>	<p>①診療報酬明細書(レセプト)または調剤報酬明細書(レセプト)《原本》 封緘されている場合には、封を開けずに添付してください。</p> <p>②領収書《原本》 医療費を返還した保険者（国民健康保険等）から交付された領収書 ※傷病名が負傷（ケガ）によるものの場合</p> <p>③負傷原因届（負傷の原因について） （負傷（ケガ）以外の傷病でも提出をお願いすることがあります。） ※「受診者ごと」「診療月ごと」「医療機関ごと」「入院・外来ごと」に申請書が必要になります。</p>
治療用装具	<p>3. 治療用装具を購入し、装着した場合</p>	<p>①医師の証明書《原本》 （治療用装具製作指示装着証明書）</p> <p>②領収書および明細書（内訳書）《原本》 ※既製品、靴型装具の場合</p> <p>③「装具を広げた状態の写真」および「装具を装着している写真」 （用紙へのカラー印刷可） ※傷病名が負傷（ケガ）によるものの場合</p> <p>④負傷原因届（負傷の原因について） （負傷（ケガ）以外の傷病でも提出をお願いすることがあります。）</p>
治療用装具	<p>4. 弾性着衣等を購入した場合</p>	<p>①医師の指示書《原本》 （弾性着衣等装着指示書）</p> <p>②領収書および明細書（内訳書）《原本》</p>
治療用装具	<p>5. 小児弱視等治療用眼鏡等を購入した場合</p>	<p>①医師の指示書《原本》 （治療用眼鏡等作成指示書）</p> <p>②領収書《原本》</p>

※領収書等、原本が必要な書類は返却いたしません。必要があればコピーを取っておいてください。

※治療用装具の申請については、病院からの請求（レセプト）確認を行い支給決定するため、支払いまでに時間を要します。（診療月から最短で2か月後にレセプトが到着します。）