

見本

健康保険 被保険者療養費支給申請書 家族療養付加金

被保険者	被保険者の (右づめ)	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	生年月日	
	氏名	(フリガナ) ダイワ ヒデオ	大和 英雄			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	4 0 5 1
申請者 情報	住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	都道 神奈川県 横浜市〇〇区〇〇町 3-2-1		電話番号 (日中の連絡先) TEL 045 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
	在職者のみ	会社名	大和証券(株)		課・グループ	〇〇課	
		部室店名	〇〇支店		内線番号等連絡先	# 〇〇〇-〇〇〇〇	

申請内容	1 受診者	2	1. 被保険者 2. 家族 (被扶養者)	氏名	大和 光	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	20 年 7 月 22 日	続柄	長男	
	2 傷病名	左腕骨折					3 発病または 負傷年月日	令和 1 年 10 月 12 日			
	4 発病の原因 および経過 (詳しく)	2	1. 病気	(原因および経過) 河原へ行った際、岩場にて転倒し、その際に体を左腕だけで支えてしまい、負傷しました。							
	5 診療を受けた 医療機関等	名称	山田病院		所在地	神奈川県横浜市〇〇〇-〇〇		診療した医師等の氏名 山田太郎医師			
	6 診療を受けた 期間	令和 1 年 10 月 12 日 から	日数	1	6 - ① 左記期間に 入院していた 期間	令和 年 月 日 から	日数				
7 療養に要した 費用の額	X,X00		円		8 診療の内容	レントゲンにて確認後、骨接ぎ、外側から固定					
9 療養費の支給 申請の理由	1	1. 保険証不所持であったため 2. 治療用装具作成のため 9. その他 (理由) →									

装具の場合
・指示日
・装着日

振込先 指定口座	金融機関 名称	〇〇〇〇 〇〇〇〇				預金種別	1	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	
	口座番号	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他				本店 支店 出張所 本所 支所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
口座名義	ダイワ ヒデオ						口座名義 の区分	1	1. 申請者 2. 代理人

受取代理人の 欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	氏名	(フリガナ)	住所	TEL ()

「2」の場合は必ずご記入ください。

療養費の支給対象事由	申請書に添付する書類
急病のため、保険証を持たずに受診したとき	領収書、診療明細書
生血液の輸血を受けたとき	領収書、輸血証明書
保険医の指示により、義手・義足・義眼・コルセットなどの治療用装具を購入、装着したとき	領収書、保険医の証明書 ※領収書に装具の内訳がない場合は明細書が必要です。靴型装具、足底装具の場合は当該装具の写真(上、下、横、方向から撮ったもの) ※患者が実際に装着する現物であることが確認できるものとして。
保険医の同意を得て、はり・きゅう、あんま・マッサージ・指圧の施術を受けたとき	領収書、保険医の同意書 施術所が発行する療養費支給申請書(施術日、内訳が掲載されているもの)
9歳未満の小児が小児弱視等の治療で眼鏡・コンタクトレンズを作成・購入したとき	領収書、保険医の作成指示書等の写し、患者の検査結果 ※更新の場合は、年齢や装着期間によって支給対象とならない場合もあります。
四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等を購入したとき	領収書、保険医の装着指示書
スティーヴンス・ジョンソン症候群および中毒性表皮壊死症の眼後遺症により、輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズを購入したとき	領収書 保険医の作成指示書等の写し(備考として疾病名が記載された処方箋の写し等支給対象となる疾病のため指示したことが確認できるもの)