

健康保険 療養費支給申請書

受付印

＜被保険者記入用＞

1. 記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。  
2. この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。（修正液・修正テープ等での訂正は認められません。）  
3. 記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」を確認してください。

|                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                                                                                                       |  |                                                                                                            |  |
|-------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ① 提出日                   |  | 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                             |        | 健康保険組合より問合せ可能な連絡先を記入ください。                                                                                             |  |                                                                                                            |  |
| ② 被保険者等                 |  | 記号(3桁)                                                                                                                                                                                                                                                                               | 番号(6桁) | <input type="checkbox"/> 勤務先携帯 <input type="checkbox"/> 個人携帯                                                          |  |                                                                                                            |  |
| ③ マイナンバー                |  | 個人番号(12桁)                                                                                                                                                                                                                                                                            |        | <input type="checkbox"/> 勤務先電話 <input type="checkbox"/> 自宅電話                                                          |  |                                                                                                            |  |
| ④ 事業所名(会社名)             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                                                                                                       |  |                                                                                                            |  |
| ⑤ 被保険者名                 |  | (フリガナ)                                                                                                                                                                                                                                                                               |        | ⑥ 生年月日                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 平成 年 月 日                                     |  |
| ⑦ 現住所                   |  | (〒 - ) 電話( ) -                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                                                                                       |  |                                                                                                            |  |
| ⑧ 受診者氏名(申請対象者)          |  | (フリガナ)                                                                                                                                                                                                                                                                               |        | ⑨ 続柄                                                                                                                  |  | ⑩ 生年月日                                                                                                     |  |
|                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 平成 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 令和 ( 歳) |  |
| ⑪ 傷病名                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        | ⑫ 発病または負傷年月日                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 令和 年 月 日                                     |  |
| ⑬ 発病または負傷した原因           |  | (どこで) (どのようにして)                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                                                                                                       |  |                                                                                                            |  |
| ⑭ 第三者行為によるものですか         |  | <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                                                                          |        | ⑮ 業務上または通勤途上での傷病ですか                                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> はい ※「はい」の場合は療養費支給申請に該当しない場合があります。                 |  |
| ⑯ 受診した医療機関              |  | 名称                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        | 住所                                                                                                                    |  | ⑰ 診療の内容                                                                                                    |  |
| ⑱ 申請理由                  |  | (A) <input type="checkbox"/> 保険証を持たずに受診 <input type="checkbox"/> 前の保険証で受診 <input type="checkbox"/> 保険証交付前に受診<br>(B) <input type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 治療用眼鏡作成 <input type="checkbox"/> 弾性着衣等の購入<br>(C) <input type="checkbox"/> 骨髄移植・臍帯血移植等の搬送費用<br>(D) その他( ) |        |                                                                                                                       |  |                                                                                                            |  |
| ⑲ 診療等の期間                |  | 申請理由(A) または (D) の場合                                                                                                                                                                                                                                                                  |        | 入院外                                                                                                                   |  | 令和 年 月 日から (受診実日数)<br>令和 年 月 日まで 日                                                                         |  |
|                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        | 入院                                                                                                                    |  | 令和 年 月 日から (入院日数)<br>令和 年 月 日まで 日間                                                                         |  |
|                         |  | 申請理由(B) の場合                                                                                                                                                                                                                                                                          |        | 令和 年 月 日 (領収証発行日)                                                                                                     |  |                                                                                                            |  |
|                         |  | 申請理由(C) の場合                                                                                                                                                                                                                                                                          |        | 令和 年 月 日 (搬送日)                                                                                                        |  |                                                                                                            |  |
| ⑳ 診療等に要した額              |  | 円                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |                                                                                                                       |  |                                                                                                            |  |
| ㉑ 被保険者が在籍の場合            |  | 委任状                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        | 本申請に基づく給付金の受領は事業主に委任します。<br>また、当健康保険組合が医療機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、および当該医療機関等が内容照会の回答をするに同意します。<br>被保険者氏名 |  |                                                                                                            |  |
| ㉒ 被保険者が任意継続被保険者または退職の場合 |  | 振込先                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        | 銀行・農協<br>信金・信組                                                                                                        |  | 支店<br>出張所                                                                                                  |  |
|                         |  | 口座番号                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        | 口座名義                                                                                                                  |  | 預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座                                               |  |
|                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        | (フリガナ)                                                                                                                |  |                                                                                                            |  |