

健保組合	常務理事	事務長	課長	主事	担当
------	------	-----	----	----	----

☐被保険者
☒被扶養者 療養費支給申請書

※字句を訂正する場合は、誤った字句を二重線で抹消し、正しい字句と被保険者氏名(サイン)を記入してください。(訂正印でも可)
※消すことのできない黒色のボールペン等を使用し、楷書で丁寧に枠内に記入してください。
※(必ず自署)と記載されている項目については、必ず被保険者ご自身で記入をしてください。
※枝番の記入は不要です。

被保険者等	記号	XXXX	番号	XXXXXXXX	被保険者氏名(必ず自署)	川崎 太郎	申請日	令和XX年XX月XX日			
被保険者住所	〒	XXX-XXXX	〇〇市	〇〇町	1-2-4	川崎	昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	XX年XX月XX日	年齢	XX	
照会等の同意	健康保険組合が医療機関等に対して、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、また当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。 また、この申請書の写しも有効であることに同意します。						被保険者氏名(必ず自署) 川崎 太郎				
被扶養者が受診の場合	→	受診者氏名	川崎 花子		続柄	妻	生年月日	昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	XX年XX月XX日	年齢	XX
傷病名	変形性膝関節症						発病または負傷年月日	昭和 ☐ 平成 ☒ 令和	XX年XX月XX日		
傷病の原因	☒ 私傷病 ☐ 業務上 ☐ 通勤途上		☐ 第三者行為(交通事故等)		(原因を詳しく記入してください) 加齢による		傷病が外傷性の時、当組合から確認をする場合があります。				
受診した医療機関など	名称		所在地		医師名		診療・装具等の費用	XX,XXX 円			
	〇〇クリニック		△△市 △△町X-X-X		〇〇 〇〇						
申請理由	☒ 治療用装具(コルセット、インソール、弾性着衣、義眼等)を購入、装着		☐ 治療用眼鏡の装着		☐ マイナ保険証等の不携帯 ☐ 以前加入していた健康保険を使用		☐ その他 ()				
必要書類(すべて原本)	治療用装具を製作・購入した場合		・領収書 ・弱視等治療用眼鏡等作成指示書等の医師の意見書		・領収書 ・診療内容の明細書		・領収書 ・その他 ()				
作成指示日・装着日	治療用装具・治療用眼鏡の		作成指示日: 令和XX年XX月XX日		装着日: 令和XX年XX月XX日		診療期間など	☐ 入院 ☐ 通院 日間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
委任欄	在籍者のみ記入(「任意継続被保険者」、「退職者」は記入不要) この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。(事業主が記入) 被保険者氏名(必ず自署) 川崎 太郎 事業主 住所 名称 氏名 事業主経由で支払いができない場合に備え、下欄の振込口座も必ず記入してください。(ゆうちょ銀行を除く被保険者名義の口座のみ)										
支払方法	※任意継続被保険者以外は必ず記入してください(被保険者名義の口座のみ)										
振込口座(ゆうちょ銀行除く)	XXXX		☒ 銀行 ☐ 信金 XXXX		☐ 本店 ☒ 支店 ☐ 出張所		☒ 普通 ☐ 当座		口座番号(右詰めで記入) 0 1 2 3 4 5 6 名義(カタカナで記入) カワサキ タロウ		
任意継続被保険者以外は必ず記入											

組合決定欄	支給期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日 日間	支給決定金額	円	支給決定日	令和 年 月 日	
	備考					支給日	令和 年 月 日