

【受 付 印】

支 給 支 払 決 議 書					
常務理事	事務長	係		不支給の場合	
					
支給決定日	年	月	日		
支給決定額(法定)	円	資格取得年月日	年	月	日
支給決定額(付加)	円	資格喪失年月日	年	月	日

被 保 険 者
家 族

療養費支給申請書

被保険者の	被保険者証の 記号番号	—	氏名		
	住所			生年月日	昭和 平成 年 月 日
被扶養者にかかる 申請の時はその者の	氏名			生年月日	昭和・平成 令和 年 月 日
傷病名			発病または 負傷の年月日	令和	年 月 日
傷病の経過					
発病または 負傷の原因	負傷原因は詳細をご記入ください(不明・不詳の場合はその旨記入。空欄不可。)				
	第三者行為(交通事故・喧嘩 等)による傷病ですか	はい・いいえ	届出の有無	ある・ない	
医療助成を 受けていますか	いいえ・はい(乳幼児・障害・ひとり親・その他())				
診療を受けた 病院等の	名称		医師の氏名		
	住所				
申請理由	☐ 医師の指示により、治療用装具又は治療用眼鏡を作成・購入したため。 ※治療上、装具の装着が必要である旨を示した「医師の意見書及び装着証明」と「装具の領収書・明細」原本を添付 ※靴型装具の申請には当該装具の写真(装着した状態のもの)1枚を添付 ※9歳未満の弱視斜視等の治療用眼鏡の申請には「医師の作成指示書」「治療用眼鏡の領収書」の原本、 「領収書の内訳が記載された書類の写し」を添付→裏面【申請上の注意】6もご参照ください ☐ 医療機関に保険証を提示できなかったため。 提示出来なかった理由【 】 ※医療機関より発行された「診療報酬明細書」と「領収書」原本を添付 ☐ 当組合資格取得後または認定後に、前保険者の保険証を使用したため。 ※前保険者から送付された「診療報酬明細書」と前保険者に支払った「領収書」の原本 ☐ その他 詳細記入→【 】 ※添付書類:事前に健保へお問合せ下さい。				
診療の期間	自 令和 年 月 日～至 令和 年 月 日・継続中				
治療に要した(立替 払いした)費用の額	金 円也	装具装着日または 眼鏡の購入日	令和 年 月 日		
受取 方法 (①②い ずれか 記入)	①在籍中の方 会社へ委任 して下さい	私は本申請に基づく給付金の受領について事業所代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の氏名			
	②上記以外 振込先を記入 して下さい (任継者は記入不要。 登録口座へ振込)	銀 行 信金・信組 労金・農協	本店・出張所 支店・営業部	普通・当座	
		口座 番号	(フリガナ) 口座名義	()	

裏面 備考欄及び申請上の注意

(裏面)

備考欄

被保険者証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、備考欄へ記載して下さい。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

【申請上の注意】

1. 標題の「被保険者」「家族」は、いずれか該当する文字を丸で囲んでください。
2. この申請は、被保険者又は家族が、やむを得ない事情で保険による診療を受けることができず、その診療に要した費用を療養費又は家族療養費として申請するものです。
3. 申請書は受診月(1日～月末日)ごと、診療機関ごと、入院・外来の別、薬局(院外処方)ごとに1枚作成して下さい。
月またがり又は複数の診療機関を1枚の申請書で作成されたものは無効です。
4. 添付書類はすべて原本を提出して下さい。
5. 領収書はレシート不可です。
6. 治療用眼鏡を作成された場合は領収書にその旨記載して下さい。
眼鏡以外(ケースやクリーナー等)は保険給付の対象外です。内容確認のため、領収書とは別に領収書の内訳・代金が記載された書類(支払明細書、レシート等)の写しを添付して下さい。
7. 通勤途上災害、業務上災害の場合は労災保険からの給付があるため健康保険の給付対象とはなりません。
8. 障害認定を受けている関連での装具作成・購入は健康保険の給付対象とならない場合があります。
事前に市区町村の障害福祉課又は当健康保険組合へご相談下さい。
9. 靴型装具の写真は、装着した状態で当該装具の全体像が鮮明に分かるもの(白黒可)を添付してください。
写真のサイズは、写真のL版(概ね89³/₁₆×127³/₁₆)以上、A4コピー用紙(概ね210³/₁₆×297³/₁₆)以下のものとします。
顔を含め体全身を写す必要はありません。
10. 請求権は事実のあった日の翌日から起算して2年で時効となります。