

**記入例**

療 養 費 申請書(支給No. )  
 第二家族療養費申請書(支給No. )

※本人が旅行先等で保険証無で診療し全額自己負担した場もしくは保険証の切替等で手元にまだ保険証がなく診療し全額自己負担した場合

被保険者または被保険者であった者記載事項	①被保険者証の記号・番号	(記号) 7001 — (番号) 654322	②所属事業所の名称	そごう 横浜店		
	③療養を受けた者の氏名	健保 太郎		④生年月日	昭和・平成・令和 46年 12月 10日生	
	⑤続柄	本人・妻・子・父・母 祖父母・その他( )	⑥療養に要した費用	23,600 円		
	⑦傷病名	腹痛		⑧発病または負傷の年月日	平成 元 年 5月 10日	
	⑨傷病の原因	精神的なもの				
	⑩診療を受けた病院等の名称及び所在地	病院等の名称 須加井内科医院 所在地 横浜市中区高島1-19-2				
	⑪療養の期間	平成 令和元 年 5月 10日 から 平成 令和元 年 5月 10日 まで	⑫左記期間のうち診療日数	1 日		
	⑬健康保険を受けることができなかった(困難だった)理由(口にレを入れてチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証無での立替払 <input type="checkbox"/> 治療用 器具 <input type="checkbox"/> 小児弱視等の治療用眼鏡等 <input type="checkbox"/> はり・きゅう・あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> その他( )				
	※この申請書に添付する書類 提出する前に口にレを入れて確認をしてください <input type="checkbox"/> 保険証無での立替払の場合 : 領収書(写し)と診療報酬明細書(レセプト) <input type="checkbox"/> 器具装着の為の場合 : 領収書(写し)と医師の意見書 ※靴型器具の場合は写真を添付(装着時と脱着時 / インソールを外し、ロゴ・メーカーが分かるように) <input type="checkbox"/> 小児弱視等の治療用眼鏡等の場合 : 領収書(写し)、保険医の作成指示等写し、患者の検査結果 <input type="checkbox"/> はり・きゅう・あんま・マッサージの場合 : 領収書(写し)、施術内容明細書、医師の同意書(原本)、施術報告書がある場合(写し)					
	⑭傷病が第三者行為によるときはその者の住所および氏名					
	⑮振込先銀行・口座(被保険者名義の口座)	横浜 銀行 口座番号(普通・当座) 普通 123456	口座名義人(カナ)	ケンポ タロウ		
	上記のとおり申請いたします。 令和 元 年 5月 25日 〒 245-0123 TEL 245-021-1234 被保険者の 横浜市西区高島 1-3-15 住所 氏名 健保 太郎 そごう・西武健康保険組					
	委任状	保険給付金の受領を下記の	令和 元 年 5月 25日	申請者は(1)に○をつけてください。また、事業主もしくは事業主代理人の記名・押印は不要です。(2)選択の場合は事前に健保組合へご相談ください		
		(1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人	被保険者の氏名 健保 太郎 代理人の住所・氏名 (2)選択の場合のみ記入が必要となります。			
金 _____ 円を領収いたしました。 ただし、療養費、第二家族療養費として 令和 年 月 日領収 そごう・西武健康保険組合 理事長 殿 氏 名 健保 太郎						
※支給(支出)決定伺	<input type="checkbox"/> 療 養 費	支 払 期 間	支 払 額	内 訳	※ 備 考	
	<input type="checkbox"/> 第二家族療養費	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	円		<input type="checkbox"/> 直接払 <input type="checkbox"/> 間接払(給与振込)	
	支給決定のうえ支払いしてほしいか			令和 年 月 日		
	・一般被保険者資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	※第二家族療養の場合は、その者の認定年月日	年 月 日	常務理事	

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

**記入例 ※本人がコルセット代を申請する場合**

- 療 養 費 申 請 書 (支給No. )  
 第二家族療養費申請書 (支給No. )

被保険者または被保険者であった者記載事項	①被保険者証の記号・番号	(記号) 7001 — (番号) 654322	②所属事業所の名称	そごう 横浜店		
	③療養を受けた者の氏名	健保 太郎		④生年月日	昭和・平成・令和 45年12月10日生	
	⑤続柄	本人・妻・子・父・母 祖父母・その他( )	⑥療養に要した費用	23,600 円		
	⑦傷病名	左膝内側靭帯損傷		⑧発病または負傷の年月日	平成 元 年 5 月 10 日	
	⑨傷病の原因	自宅転倒				
	⑩診療を受けた病院等の名称及び所在地	病院等の名称 須加井整形外科医院 所在地 横浜市中区高島1-19-2				
	⑪療養の期間	平成 令和 元 年 5 月 10 日から平成 令和 元 年 5 月 15 日まで	⑫左記期間のうち診療日数	2 日		
	⑬健康保険を受けることができなかった(困難だった)理由(□にレを入れてチェック)	<input type="checkbox"/> 保険証無での立替払 <input checked="" type="checkbox"/> 治療用 器具 <input type="checkbox"/> 小児弱視等の治療用眼鏡等 <input type="checkbox"/> はり・きゅう・あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> その他( )				
	<b>※この申請書に添付する書類 提出する前に□にレを入れて確認をしてください</b> <input type="checkbox"/> 保険証無での立替払の場合 : 領収書(写し)と診療報酬明細書(レセプト) <input type="checkbox"/> 器具装着の為の場合 : 領収書(写し)と医師の意見書 ※靴型器具の場合は写真を添付(装着時と脱着時 / インソールを外し、ロゴ・メーカーが分かるように) <input type="checkbox"/> 小児弱視等の治療用眼鏡等の場合 : 領収書(写し)、保険医の作成指示等写し、患者の検査結果 <input type="checkbox"/> はり・きゅう・あんま・マッサージの場合 : 領収書(写し)、施術内容明細書、医師の同意書(原本)、施術報告書がある場合(写し)					
	⑭傷病が第三者行為によるときはその者の住所および氏名					
	⑮振込先銀行・口座(被保険者名義の口座)	横浜 銀行 口座番号(普通・当座) 普通 123456	口座名義人(カナ)	ケンポ タロウ		
	上記のとおり申請いたします。 令和 元 年 5 月 25 日 〒 245-123 TEL 078-210-1234 被保険者の 横浜市西区高島 1-3-15 住所氏名 健保 太郎					
	委任状	保険給付金の受領を下記の者につけてください。	被保険者の氏名 健保 太郎			
		<input checked="" type="checkbox"/> (1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人 <input type="checkbox"/> (2) (1)以外の受領代理人 (2)選択の場合は右欄に記入	代理人の住所・氏名	<input type="checkbox"/> (2)選択の場合のみ記入が必要となります。		
	金 _____ 円を領収いたしました。 ただし、療養費、第二家族療養費として 令和 年 月 日領収 そごう・西武健康保険組合 理事長 殿 氏 名 健保 太郎					
※支給(支出)決定伺	支払期間	支払額	内 訳	※備考		
	<input type="checkbox"/> 療 養 費	令和 年 月 日から	円		<input type="checkbox"/> 直接払 <input type="checkbox"/> 間接払(給与振込)	
	<input type="checkbox"/> 第二家族療養費	令和 年 月 日まで				
	支給決定のうえ支払いしてほしいか			令和 年 月 日		
	・一般被保険者資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	※第二家族療養の場合は、その者の認定年月日	年 月 日	常務理事	
・" 資格喪失年月日	令和 年 月 日					

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

**記入例**

療 養 費 申 請 書 (支給No. )  
 第二家族療養費申請書(支給No. )

※本人がはり・きゅう・あんま・マッサージの施  
 術を受けた場合

被 保 険 者 ま た は 被 保 険 者  で あ っ た 者 記 載 事 項	①被保険者証の記号・番号	(記号) (番号) <b>7001 — 654322</b>	②所属事業所の名称	<b>そごう 横浜店</b>		
	③療養を受けた者の氏名	<b>健保 太郎</b>		④生年月日	<b>昭和・平成・令和 46年 12月 10日生</b>	
	⑤続柄	本人・妻・子・父・母 祖父母・その他( )	⑥療養に要した費用	<b>15,000</b> 円		
	⑦傷病名	<b>腰痛症</b>		⑧発病または負傷の年月日	平成 <b>元</b> 年 5月 10日	
	⑨傷病の原因	<b>思い荷物を持ったため</b>				
	⑩診療を受けた病院等の名称及び所在地	病院等の名称 <b>須加井鍼灸院</b> 所在地 <b>横浜市中区高島1-19-2</b>				
	⑪療養の期間	平成 <b>令和元</b> 年 5月 10日 から平成 <b>令和元</b> 年 5月 10日まで	⑫左記期間のうち 診療日数	<b>1</b> 日		
	⑬健康保険を受けることができ なかった(困難だった)理由 (口にレを入れてチェック)	<input type="checkbox"/> 保険証無での立替払 <input type="checkbox"/> 治療用 器具 <input type="checkbox"/> 小児弱視等の治療用眼鏡等 <input checked="" type="checkbox"/> はり・きゅう・あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> その他( )				
	<b>※この申請書に添付する書類 提出する前に口にレを入れて確認をしてください)</b> <input type="checkbox"/> 保険証無での立替払の場合 : 領収書(写し)と診療報酬明細書(レセプト) <input type="checkbox"/> 器具装着の為の場合 : 領収書(写し)と医師の意見書 ※靴型器具の場合は写真を添付(装着時と脱着時 / インソールを外し、ロゴ・メーカーが分かるように) <input type="checkbox"/> 小児弱視等の治療用眼鏡等の場合 : 領収書(写し)、保険医の作成指示等写し、患者の検査結果 <input type="checkbox"/> はり・きゅう・あんま・マッサージの場合: 領収書(写し)、施術内容明細書、医師の同意書(原本)、施術報告書がある場合(写し)					
	⑭傷病が第三者行為によるときは その者の住所および氏名					
	⑮振込先銀行・口座 (被保険者名義の口座)	<b>横浜 銀行</b> <b>高島 支店</b>	口座番号(普通・当座) <b>普通 123456</b>	口座名義人(カナ) <b>ケンポ タロウ</b>		
	上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 〒 <b>245-0123</b> TEL <b>245-021-1234</b> 被保険者の <b>横浜市西区高島 1-3-15</b> 住所氏名 <b>健保 太郎</b> そごう・西武健康保険組					
	委 任 状	保険給付金の受領を下記の 令和 <b>元</b> 年 5月 25日	申請者は(1)に○をつけてください。 また、事業主もしくは事業主代理人の 記名・押印は不要です。 (2)選択の場合は事前に健保組合へ ご相談ください			
		(1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人	被保険者の氏名 <b>健保 太郎</b> 代理人の住所・氏名 <b>(2)選択の場合のみ 記入が必要となります。</b>			
金 _____ 円を領収いたしました。 ただし、療養費、第二家族療養費として 令和 年 月 日領収 そごう・西武健康保険組合 理事長 殿 氏 名 <b>健保 太郎</b>						
※ 支 給 ( 支 出 ) 決 定 伺	<input type="checkbox"/> 療 養 費	支 払 期 間	支 払 額	内 訳	※ 備 考	
	<input type="checkbox"/> 第二家族療養費	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	円		<input type="checkbox"/> 直接払 <input type="checkbox"/> 間接払(給与振込)	
	支給決定のうえ支払いしてよろしいか			令和 年 月 日		
	・一般被保険者資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	※第二家族療養の場合は、 その者の認定年月日		常務理事	
	・任継被保険者資格取得年月日	令和 年 月 日	年 月 日			

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

**記入例**

療 養 費 申 請 書 (支 給 No. )  
 第 二 家 族 療 養 費 申 請 書 (支 給 No. )

※家族が旅行先等で保険証無で診療し全額自己負担した場合もしくは保険証の切替等で手元にまだ保険証がなく診療し全額自己負担した場合

被 保 険 者 又 は 被 保 険 者 であ っ た 者 の 記 載 事 項	①被保険者証の記号・番号	(記号) 7001 — (番号) 654322	②所属事業所の名称	そごう 横浜店		
	③療養を受けた者の氏名	健保 花子		④生年月日	昭和・平成・令和 46年 1月 9日生	
	⑤続柄	本人・ <input checked="" type="checkbox"/> 妻・子・父・母 祖父母・その他( )	⑥療養に要した費用	23,600 円		
	⑦傷病名	腹痛		⑧発病または負傷の年月日	平成 元 年 5月 10日	
	⑨傷病の原因	精神的なもの				
	⑩診療を受けた病院等の名称及び所在地	病院等の名称 須加井内科医院 所在地 横浜市西区高島1-19-2				
	⑪療養の期間	平成 <input checked="" type="checkbox"/> 元 年 5月 10日 から平成 <input checked="" type="checkbox"/> 元 年 5月 15日 まで	⑫左記期間のうち 診療日数	2 日		
	⑬健康保険を受けることができ なかった(困難だった)理由 (口にレを入れてチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証無での立替払 <input type="checkbox"/> 治療用 装具 <input type="checkbox"/> 小児弱視等の治療用眼鏡等 <input type="checkbox"/> はり・きゅう・あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> その他( )				
	※この申請書に添付する書類 提出する前に口にレを入れて確認をしてください <input type="checkbox"/> 保険証無での立替払の場合 : 領収書(写し)と診療報酬明細書(レセプト) <input type="checkbox"/> 装具装着の為の場合 : 領収書(写し)と医師の意見書 ※靴型装具の場合は写真を添付(装着時と脱着時 / インソールを外し、ロゴ・メーカーが分かるように) <input type="checkbox"/> 小児弱視等の治療用眼鏡等の場合 : 領収書(写し)、保険医の作成指示等写し、患者の検査結果 <input type="checkbox"/> はり・きゅう・あんま・マッサージの場合 : 領収書(写し)、施術内容明細書、医師の同意書(原本)、施術報告書がある場合(写し)					
	⑭傷病が第三者行為によるときは その者の住所および氏名					
	⑮振込先銀行・口座 (被保険者名義の口座)	横浜 銀行 口座番号(普通・当座) 高島 支店 普通 123456	口座名義人(カナ)	ケンポ タロウ		
	上記のとおり申請いたします。 令和 元 年 5月 25日 〒 245-0123 TEL 045-210-1234 被保険者の 横浜市西区高島 1-3-15 住所氏名 健保 太郎					
	委 任 状	保険給付金の受領を下記の者につけてください。	被保険者の氏名 健保 太郎			
		<input checked="" type="checkbox"/> (1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人 <input type="checkbox"/> (2) (1)以外の受領代理人 (2)選択の場合は右欄に記入	代理人の住所・氏名	<input type="checkbox"/> (2)選択の場合のみ <input type="checkbox"/> 記入が必要となります。		
金 _____ 円を領収いたしました。 ただし、療養費、第二家族療養費として 令和 年 月 日領収 そごう・西武健康保険組合 理事長 殿 氏 名 健保 太郎						
※ 支 給 ( 支 出 ) 決 定 伺	支 払 期 間	支 払 額	内 訳	※ 備 考		
	<input type="checkbox"/> 療 養 費	令和 年 月 日から	円		<input type="checkbox"/> 直 接 払 <input type="checkbox"/> 間 接 払 (給 与 振 込)	
	<input type="checkbox"/> 第 二 家 族 療 養 費	令和 年 月 日まで				
	支給決定のうえ支払いしてほしいか		令和 年 月 日			
	・一般被保険者資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	※第二家族療養の場合は、 その者の認定年月日	常務理事		
・" 資格喪失年月日	令和 年 月 日	年 月 日				
・任継被保険者資格取得年月日	令和 年 月 日					
・" 資格喪失年月日	令和 年 月 日					

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

**記入例 ※被扶養者がコルセット代を申請する場合**

- 療 養 費 申 請 書(支給No. )  
 第二家族療養費申請書(支給No. )

被 保 険 者 ま た は 被 保 険 者  で あ っ た 者 記 載 事 項	①被保険者証の記号・番号 (記号) 7001 (番号) 654322	②所属事業所の名称 そごう 横浜店			
	③療養を受けた者の氏名 健保 花子	④生年月日 昭和・平成・令和 46年 1月 9日生			
	⑤続柄 本人・ <input checked="" type="checkbox"/> 妻・子・父・母 祖父母・その他( )	⑥療養に要した費用 23,600 円			
	⑦傷病名 左膝内側靭帯損傷	⑧発病または負傷の年月日 平成 元 年 5月 10日			
	⑨傷病の原因 自宅で転倒				
	⑩診療を受けた病院等の名称及び所在地 病院等の名称 須加井整形外科医院 所在地 横浜市中区高島1-19-2				
	⑪療養の期間 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 元 年 5月 10日 から平成 <input checked="" type="checkbox"/> 元 年 5月 15日まで	⑫左記期間のうち 診療日数 2 日			
	⑬健康保険を受けることができ なかった(困難だった)理由 (□にレを入れてチェック)	<input type="checkbox"/> 保険証無での立替払 <input checked="" type="checkbox"/> 治療用 器具 <input type="checkbox"/> 小児弱視等の治療用眼鏡等 <input type="checkbox"/> はり・きゅう・あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> その他( )			
	※この申請書に添付する書類 提出する前に□にレを入れて確認をしてください				
	<input type="checkbox"/> 保険証無での立替払の場合 : 領収書(写し)と診療報酬明細書(レセプト)				
	<input type="checkbox"/> 器具装着の為の場合 : 領収書(写し)と医師の意見書 ※靴型器具の場合は写真を添付(装着時と脱着時 / インソールを外し、ロゴ・メーカーが分かるように)				
	<input type="checkbox"/> 小児弱視等の治療用眼鏡等の場合 : 領収書(写し)、保険医の作成指示等写し、患者の検査結果				
	<input type="checkbox"/> はり・きゅう・あんま・マッサージの場合 : 領収書(写し)、施術内容明細書、医師の同意書(原本)、施術報告書がある場合(写し)				
	⑭傷病が第三者行為によるときは その者の住所および氏名				
	⑮振込先銀行・口座 (被保険者名義の口座)	横浜 銀行 口座番号(普通・当座) 普通 123456 高島 支店	口座名義人(カナ) ケンポ タロウ		
上記のとおり申請いたします。 令和 元 年 5月 25日 〒 245-0123 TEL 078-210-1234 被保険者の 横浜市西区高島 1-3-15 住所氏名 健保 太郎					
委 任 状	保険給付金の受領を下記の者につけてください。 令和 元 年 5月 25日	被保険者の氏名 健保 太郎			
	(1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人 (2) (1)以外の受領代理人 (2)選択の場合は右欄に記入	代理人の住所・氏名 (2)選択の場合のみ記入が必要となります。			
金 _____ 円を領収いたしました。 ただし、療養費、第二家族療養費として 令和 年 月 日領収 そごう・西武健康保険組合 理事長 殿 氏 名 健保 太郎					
※ 支 給 ( 支 出 ) 決 定 伺	支 払 期 間	支 払 額	内 訳	※ 備 考	
	<input type="checkbox"/> 療 養 費 令和 年 月 日から	円		<input type="checkbox"/> 直 接 払 <input type="checkbox"/> 間 接 払(給与振込)	
	<input type="checkbox"/> 第二家族療養費 令和 年 月 日まで 日間				
	支給決定のうえ支払いしてほしいか		令和 年 月 日		
	・一般被保険者資格取得年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	※第二家族療養の場合は、	常務理事		
・ " 資格喪失年月日 令和 年 月 日	その者の認定年月日				
・任継被保険者資格取得年月日 令和 年 月 日	年 月 日				
・ " 資格喪失年月日 令和 年 月 日					

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

**記入例**

療 養 費 申請書(支給No. )  
 第二家族療養費申請書(支給No. )

※家族がはり・きゅう・あんま・マッサージの施  
 術を受けた場合

被 保 険 者 ま た は 被 保 険 者  であ っ た 者 記 載 事 項	①被保険者証の記号・番号 (記号) (番号)	7001 — 654322	②所属事業所の名称	そごう 横浜店		
	③療養を受けた者の氏名	健保 花子		④生年月日	昭和・平成・令和 46年 1月 9日生	
	⑤続柄	本人・ <input checked="" type="checkbox"/> 妻・子・父・母 祖父母・その他( )	⑥療養に要した費用	15,000 円		
	⑦傷病名	腰痛症		⑧発病または負傷の年月日	平成 元 年 5月 10日	
	⑨傷病の原因	重い荷物を持ったため				
	⑩診療を受けた病院等の名称及び所在地	病院等の名称 須加井鍼灸医院 所在地 横浜市西区高島1-19-2				
	⑪療養の期間	平成 <input checked="" type="checkbox"/> 元 年 5月 10日 から平成 <input checked="" type="checkbox"/> 元 年 5月 15日まで	⑫左記期間のうち 診療日数	2 日		
	⑬健康保険を受けることができ なかった(困難だった)理由 (□にレを入れてチェック)	<input type="checkbox"/> 保険証無での立替払 <input type="checkbox"/> 治療用 装具 <input type="checkbox"/> 小児弱視等の治療用眼鏡等 <input checked="" type="checkbox"/> はり・きゅう・あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> その他( )				
	※この申請書に添付する書類 提出する前に□にレを入れて確認をしてください <input type="checkbox"/> 保険証無での立替払の場合 : 領収書(写し)と診療報酬明細書(レセプト) <input type="checkbox"/> 装具装着の為の場合 : 領収書(写し)と医師の意見書 ※靴型装具の場合は写真を添付(装着時と脱着時 / インソールを外し、ロゴ・メーカーが分かるように) <input type="checkbox"/> 小児弱視等の治療用眼鏡等の場合 : 領収書(写し)、保険医の作成指示等写し、患者の検査結果 <input type="checkbox"/> はり・きゅう・あんま・マッサージの場合 : 領収書(写し)、施術内容明細書、医師の同意書(原本)、施術報告書がある場合(写し)					
	⑭傷病が第三者行為によるときは その者の住所および氏名					
	⑮振込先銀行・口座 (被保険者名義の口座)	横浜 銀行 口座番号(普通・当座) 高島 支店 普通 123456	口座名義人(カナ)	ケンポ タロウ		
	上記のとおり申請いたします。 令和 元 年 5月 25日 〒 245-0123 TEL 045-210-1234 被保険者の 横浜市西区高島 1-3-15 住所氏名 健保 太郎					
	委 任 状	保険給付金の受領を下記の者につけてください。	健保 太郎			
		令和 元 年 5月 25日	被保険者の氏名			
<input checked="" type="checkbox"/> (1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人 (2) (1)以外の受領代理人 (2)選択の場合は右欄に記入		代理人の住所・氏名	(2)選択の場合のみ 記入が必要となります。			
金 _____ 円を領収いたしました。 ただし、療養費、第二家族療養費として 令和 年 月 日領収 そごう・西武健康保険組合 理事長 殿 氏 名 健保 太郎						
※支 給 (支 出) 決 定 伺	支払期間		支払額	内 訳	※備 考	
	<input type="checkbox"/> 療 養 費 令和 年 月 日から		円		<input type="checkbox"/> 直 接 払 <input type="checkbox"/> 間 接 払(給与振込)	
	<input type="checkbox"/> 第二家族療養費 令和 年 月 日まで 日間					
	支給決定のうえ支払いしてほしいか			令和 年 月 日		
	・一般被保険者資格取得年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	※第二家族療養の場合は、	常	
・ " 資格喪失年月日	令和	年 月 日	その者の認定年月日	務		
・任継被保険者資格取得年月日	令和	年 月 日	年 月 日	理		
・ " 資格喪失年月日	令和	年 月 日		事		

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

**記入例**

**※被扶養者が小児弱視等眼鏡等代を申請する場合**

- 療 養 費 申 請 書 (支給No. )  
 第二家族療養費申請書 (支給No. )

被 保 険 者 ま た は 被 保 険 者 で あ っ た 者 の 記 載 事 項	①被保険者証の記号・番号 (記号) (番号) <b>7001 — 654322</b>	②所属事業所の名称 <b>そごう 横浜店</b>			
	③療養を受けた者の氏名 <b>健保 花子</b>	④生 年 月 日 昭和(平成)・令和 <b>28年 3月 3日</b> 生			
	⑤続柄 本人・妻・ <b>子</b> ・父・母 祖父母・その他( )	⑥療養に要した費用 <b>50,000</b> 円			
	⑦傷 病 名 <b>小児弱視</b>	⑧発病または負傷の年月日 元 年 5月 10 日			
	⑨傷 病 の 原 因	弱視眼鏡38,461円 コンタクト(1枚)16,139円が保険の 適用限度額です。 (例) 8歳で弱視眼鏡を50,000円で購入 ✓ <input checked="" type="checkbox"/> 小児弱視等の治療用眼鏡等			
	⑩診療を受けた病院等の名称及び 所在地		病院等の名称 <b>須加井眼科医院</b> 所在地 <b>横浜市中区高島1</b>		
	⑪療 養 の 期 間 平成(令和)元 年 5月 10 日から平成(令和)元 年 5月 15日まで	⑬健康保険を受けることができ なかった(困難だった)理由 (□にレを入れてチェック) <input type="checkbox"/> 保険証無での立替払 <input type="checkbox"/> 治療用 器具 <input type="checkbox"/> はり・きゅう・あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> その他( )			
	※この申請書に添付する書類 提出する前に□にレを入れて確認をしてください <input type="checkbox"/> 保険証無での立替払の場合 : 領収書(写し)と診療報酬明細書(レセプト) <input type="checkbox"/> 器具装着の為の場合 : 領収書(写し)と医師の意見書 ※靴型器具の場合は写真を添付(装着時と脱着時 / インソールを外し、ロゴ・メーカーが分かるように) <input type="checkbox"/> 小児弱視等の治療用眼鏡等の場合 : 領収書(写し)、保険医の作成指示等写し、患者の検査結果 <input type="checkbox"/> はり・きゅう・あんま・マッサージの場合: 領収書(写し)、施術内容明細書、医師の同意書(原本)、施術報告書がある場合(写し)				
	⑭傷病が第三者行為によるときは その者の住所および氏名				
	⑮振込先銀行・口座 (被保険者名義の口座)	横浜 銀行 口座番号(普通・当座) <b>123456</b> 高島 支店 普通 口座名義人(カナ) <b>ケンポ タロウ</b>			
	上記のとおり申請いたします。 令和 元 年 5 月 25 日 〒 245-0123 TEL 045-210-1234 被保険者の <b>横浜市西区高島 1-3-15</b> 住所氏名 <b>健保 太郎</b>				
	委 任 状	保険給付金の受領を下記の者 令和 元 年 5 月 25 日 (1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人 (2) (1)以外の受領代理人 (2)選択の場合は右欄に記入	つけてください。 被保険者の氏名 <b>健保 太郎</b> 代理人の 住所・氏名 <b>(2)選択の場合のみ 記入が必要となります。</b>		
		金 _____ 円を領収いたしました。 ただし、療養費、第二家族療養費として 令和 年 月 日領収 そごう・西武健康保険組合 理事長 殿 氏 名 <b>健保 太郎</b>			
	※ 支 給 ( 支 出 ) 決 定 伺	<input type="checkbox"/> 療 養 費 <input type="checkbox"/> 第二家族療養費	支 払 期 間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	支 払 額 円	内 訳 <input type="checkbox"/> 直 接 払 <input type="checkbox"/> 間 接 払 (給与振込)
支給決定のうえ支払いしてほしいか 令和 年 月 日					
・一般被保険者資格取得年月日		昭和・平成・令和 年 月 日	※第二家族療養の場合は、		常 務 理 事
・ " 資格喪失年月日		令和 年 月 日	その者の認定年月日		
・任継被保険者資格取得年月日		令和 年 月 日	年 月 日		
・ " 資格喪失年月日	令和 年 月 日				

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)