

## 療 養 費 請 求 書



【改訂：2024年3月】

|                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                            |           |             |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------|-------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ                           | 被保険者証の<br>記号 番号                                                                                                                                                                                  | 記号<br>番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 被保険者の<br>職 場             | (TEL)                      |           |             |
|                                                                                    | 受診者氏名                                                                                                                                                                                            | 男<br>女                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 生年月日                     | S    H    R    年    月    日 |           | 被保険者との続柄    |
|                                                                                    | 療養の給付を受けることが<br>できなかった理由を選択                                                                                                                                                                      | 1. 保険証不携帯受診・資格喪失後受診による医療費<br>【添付書類】<br>■診療報酬明細書 ※診療明細書では受付できませんのでご注意ください    ■領収書(原本)<br>2. 治療用装具 ( 装具名： )<br>【添付書類】<br>■医師の証明書(装具装着証明書等)    ■領収書(原本) ※名称・種類・内訳等が明記があるもの<br>■靴型装具を製作(購入)した場合のみ当該装具の写真 ※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<br>3. 小児弱視等の治療用眼鏡<br>【添付書類】<br>■医師の作成指示書 ※病名および検査結果の明記があるもの    ■領収書(原本) ※治療用眼鏡と明記があるもの<br>4. その他 ( ) |                          |                            |           |             |
|                                                                                    | 傷 病 名                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          | 発病又は負傷<br>の年月日             | 平成<br>令和  | 年    月    日 |
|                                                                                    | 発 病 又 は<br>負傷の原因                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                            |           |             |
|                                                                                    | 傷病の経過                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                            |           |             |
|                                                                                    | 診療を受けた<br>医療機関の名称<br>所在地及び氏名                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          | 費用の額<br>(領収書の金額)           | 円         |             |
|                                                                                    | 診療期間                                                                                                                                                                                             | 令和    年    月    日 ～    令和    年    月    日    診療日数：    日間<br>■保険証不携帯の申請の場合・・・診療期間を記入 ※複数月または複数の医療機関で受診した場合は、各月・各医療機関毎に申請書をご提出ください<br>■治療用装具の申請の場合・・・装具採型(採寸)日を記入<br>■治療用眼鏡の申請の場合・・・領収日を記入                                                                                                                                              |                          |                            |           |             |
|                                                                                    | 市区町村の<br>医療費助成の<br>有無                                                                                                                                                                            | 有(乳幼児・子ども・障害者・ひとり親 などの福祉医療)<br>無                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                            |           |             |
|                                                                                    | 第三者の行為に<br>よる負傷か否か                                                                                                                                                                               | はい<br>いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 業務上や通勤<br>途中による<br>負傷か否か |                            | はい<br>いいえ |             |
| 振込口座<br>について                                                                       | 振込先に公金受取口座を希望する場合は、チェックしてください。<br><input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します(マイナポータル等で事前登録した口座)<br>※経費口座を希望する場合は、チェックは不要です。<br>※公金受取口座情報の反映には、登録から数日を要します。<br>※給付日直前の変更や登録に誤りがあった場合は、給付日が遅延する場合があります。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                            |           |             |
| 上記のとおり請求いたします。<br>年    月    日    〒 (    )<br>Y K K 健康保険組合理事長 殿    被保険者住所<br>被保険者氏名 |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                            |           |             |

■ご記入いただいた個人情報は、療養費の支給にのみ利用させていただきます。

## 【振込みについて】

支給額については、健康ポータルサイト(健康の森)の医療費通知をご確認ください。  
療養費は診療月の2カ月後の月末日(月末日が休日の場合はその前日)に支払われます。

## 【提出先およびお問合せ先】

Y K K 健康保険組合 (締切日：毎月18日)  
〒938-8601 富山県黒部市吉田200  
TEL：(外線)0765-54-8650 (内線)772-3920  
FAX：(外線)0765-57-0326 (内線)772-3929

受付印

Y K K 健康保険組合