

療 養 費 請 求 書



【改訂：2024年3月】

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号 番号	記号 番号	被保険者の 職 場	(TEL)						
	受診者氏名	男 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 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 【添付書類】 ■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) 2. 治療用装具 (装具名:) 【添付書類】 ■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 ■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 3. 小児弱視等の治療用眼鏡 【添付書類】 ■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 4. その他 ()								
	傷 病 名				発病又は負傷 の年月日	平成 令和	年	月	日	
	発 病 又 は 負傷の原因									
	傷病の経過									
	診療を受けた 医療機関の名称 所在地及び氏名				費用の額 (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 ■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 ■治療用装具の申請の場合・・・装具採型(採寸)日を記入 ■治療用眼鏡の申請の場合・・・領収日を記入								
	市区町村の 医療費助成の 有無	有 (乳幼児・子ども・障害者・ひとり親 などの福祉医療) 無								
	第三者の行為に よる負傷か否か	はい いいえ		業務上や通勤 途中による 負傷か否か	はい いいえ					
振込口座 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。 ☐ 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) ※経費口座を希望する場合は、チェックは不要です。 ※公金受取口座情報の反映には、登録から数日を要します。 ※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。 年 月 日 千 () Y K K 健康保険組合理事長 殿 被保険者住所 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