

健 保 記 入 欄	受付年月日	年 月 日	伺年月日	年 月 日	常務理事	事務長		担当者
	決裁年月日	年 月 日	支給年月日	年 月 日				
	支給額		受診/装具 作成年月					
	装具:過去作成有無	無・有 (年 月 日)			立替払:対象者の取得/認定日		年 月 日	

健康保険 (被保険者・被扶養者) **療養費支給申請書**

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記入日	令和 年 月 日							
	①被保険者の 記号・番号	.			②事業所名称 (所属SC名)				
	③被保険者の氏名				④被保険者の 生年月日	年 月 日			
	⑤被保険者の住所 及び連絡先	〒 - -			TEL:	- -			
	⑥家族が受診 した場合	家族氏名			続柄	生年月日	年 月 日		
	⑦傷病名				⑧発病または 負傷年月日	年 月 日			
	⑨負傷の原因 について	<input type="checkbox"/> 工作中または通勤中によるものか(家族はパート含む)			はい・いいえ	※左記どちらかが「はい」となる場合は、申請の 前に健康保険組合までご連絡ください			
		<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等)によるものか			はい・いいえ				
		発病または負傷の原因を記入してください(外傷性のケガの場合はケガをした状況を回答)							
	⑩診療を受けた 医療機関	名称							
		所在地							
	⑪申請理由				診療に要 した費用	円			
⑫振込希望の 金融機関名 (被保険者の口座)	<input type="checkbox"/> 被保険者の公金口座(マイナンバーと紐づけた口座)への振り込みを希望します。 ※希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/> を、希望しない・公金口座を登録していない場合は下記の口座情報を記入してください (注)公金口座の登録有無がわからない場合は、必ず下記の口座情報を記入してください								
	金融機関名			銀行・信金 信組・農協	本店・支店 出張所				
	口座番号	(普通)			口座名義 *カタカナ氏名				
【添 付 書 類】	◆立替払:医療機関でマイナ保険証等や資格確認書を不携帯/保険証情報未連携等により10割負担した場合 1. 領収書原本 2. レセプト(診療報酬明細書)→医療機関/調剤薬局から発行を受けてください								
	◆立替払:当組合加入後に、以前の保険証情報で受診した場合(過去に加入の保険者から請求された場合) 1. 前保険者へ医療費を返還した際の領収書 原本 2. 診療報酬明細書 または 診療報酬明細書の交付依頼同意書								
	◆小児治療用眼鏡作成:9歳未満の子どもの弱視・斜視等にかかる治療用眼鏡を作成した場合 1. 医師の作成指示書 原本 2. 領収書・明細書 原本 (注)治療用眼鏡には上限額があります								
	◆治療用装具作成 1. 医師の作成指示書 原本 2. 領収書・明細書 原本 3. 靴型装具の場合は画像(インソールの場合は不要)								

*受付印

受付年月日	年 月 日	伺年月日	年 月 日	常務理事	事務長		担当者
記入例 (その他)							
入欄	支給額	受診/装具 作成年月					
装具:過去作成有無		無・有 (年 月 日)		立替払:対象者の取得/認定日		年 月 日	

健康保険 (被保険者・被扶養者)

療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記入日	令和 8 年 4 月 1 日				
	①被保険者の 記号・番号	1000 ・ 999999		②事業所名称 (所属SC名)	渡辺パイプ(株) 新宿SC	
	③被保険者の氏名	健保 太郎		④被保険者の 生年月日	S60 年 1 月 1 日	
	⑤被保険者の住所 及び連絡先	〒 100 - 1000		TEL: 080 - 1234 - 5678	東京都**区**1-1-1 ○○アパート101	
	⑥家族が受診 した場合	家族氏名	健保 じろう	続柄	子	生年月日 H22 年 3 月 3 日
	⑦傷病名	風邪		⑧発病または 負傷年月日	R8 年 2 月 日	
	⑨負傷の原因 について	工作中または通勤中によるものか(家族はバイト含む)		はい・ <input checked="" type="radio"/> いい	⑧不明な場合はわかる範囲で可	
		第三者行為(交通事故等)によるものか		はい・ <input checked="" type="radio"/> いい	の前に健康保険組合までご連絡ください	
		発病または負傷の原因を記入してください(外傷性のケガの場合はケガをした状況を回答)				
	⑩診療を受けた 医療機関		名称	○△内科クリニック		
			所在地	東京都**区***1-1-1		
	⑪申請理由	保険証情報未連携のため		診療に要 した費用	5,500 円	
⑫振込希望の 金融機関名 (被保険者の口座)	<input type="checkbox"/> 被保険者の公金口座(マイナンバーと紐づけた口座)への振り込みを希望します。 ※希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/> を、希望しない・公金口座を登録していない場合は下記の口座情報を記入してください (注)公金口座の登録有無がわからない場合は、必ず下記の口座情報を記入してください					
	金融機関名	みずほ		銀行・信金 信組・農協	新宿 本店・支店 出張所	
	口座番号	(普通) 1234567	口座名義 *カタカナ氏名	ケンポ タロウ		
【添付書類】	◆立替払:医療機関でマイナ保険証等や資格確認書を不携帯/保険証情報未連携 等により10割負担した場合					
	1. 領収書	必要添付書類はホームページをご確認ください				
	◆立替払					
	1. 前年度療養費	領同意書				
◆小児療養費	1. 医師の作成指示書					
◆治療用装具作成	1. 医師の作成指示書 原本 2. 領収書・明細書 原本 3. 靴型装具の場合は画像(インソールの場合は不要)					

*受付印