

※	同 年 月 日	令和 年 月 日	決	常務理事	記入例
支払給	支 払 年 月 日	令和 年 月 日			
決	支 給 額		円 裁		
議	法定	款 項 目		得 年 月 日	療 得 年 月 日
書	付加			喪 年 月 日	養 喪 年 月 日

2か所について、  
該当事項を○でか  
こんでください。

## 健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書(第 回目)

(立替払い、治療用装具、生血)

◎記入の方法は記入例がありますからよく読んでください。  
◎「※」印欄は記入しないでください。

被 保 険 者 の 記 入 す る こ ろ	被保険者証の記号・番号(左詰め)				㊦ 生 年 月 日				被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日			
	4 3 2 1 5 9 7 8 9 0 0				昭 年 月 日						0:無 1:有				
	被保険者の (申請者) 氏名		(フリガナ) ケンポ		(フリガナ) タロウ		事業所 の		名称 (会社名)						
			(氏) 健保		(名) 太郎				所在地 (会社の住所)						
	被保険者の (申請者) 住 所		郵便番号 1 0 0 - 0 0 0 0		(フリガナ) トウキョウトチュウオウクマルマル										
			電話番号 03-xxxx-xxxx		住所 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101										
	療養が被扶養者 に関するときは、 その者の		① 氏名 健保 花子		昭和 平成 令和		11年 12月 13日生		①被保険者 との続柄		長女				
	傷 病 名		左膝関節靭帯損傷				発病又は負傷年月日 (療養開始日)		0 2 0 4 0 1						
	発病又は負傷の原因 及びその経過		休日に公園で転倒 ※いつ・どこで・どのように						②第三者行為によるものですか 0: いいえ 1: はい						
	診療を受けた 病院等		④名称 ○○病院		④所在地 (病院の住所)		医師氏名 ○○医師								
⑦ 診療の期間 (支給期間)		自 0 2 0 4 0 1		⑦日数		⑧入院・入院外の別 0: 入院外		⑨入院の場合、左記の入院期間		⑩診療に要した費用の額 30,000 円					
② 診療の内容		左膝用装具の装着				1. 自費診療(理由: 2. 治療用装具作成 3. その他(									
確認欄		この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。													
※		【重要】 必ず☑をお願いします。 押印に変わる重要事項 となります。		療養の原因 (コード)		施術回数		支給回数				初回支給 補修 再支給		装着年月日	
支給		回		減額		調査先		海外表示		特別支給		(備考)			
								0: 国内 1: 海外							

被保険者の申請の  
時は、該当せずと  
記入してください。

診療ではなく、薬剤の支給だけ  
を受けた場合と、医師以外の者から  
手当を受けた場合は、④⑤⑥⑦⑧  
⑨⑩はそのように読み替えてく

「装具装着証明書」に  
記載されている装具  
を装着した日を記入。

令和 年 月 日提出

金 円也領収いたしました。

令和 年 月

健康保険組合理事長殿

氏名

**【訂正方法】**

●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。

受取金融機関	支払区分	1:銀行振込 2:事業所経由	預金種別	振
	口座番号		普通	
	口座名義		行	

お勤め中の方は、事業所経由になります。  
 任継の方は、被保険者名義の銀行口座を記入して下さい。

※在職中の方は、「2.事業所経由」を選択してください。事業所から貴殿へのお振込みについては事業所担当者へお尋ねください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			
	令和 年 月 日			
	住所 被保険者 (請求者) 氏名			
	代理人の 氏名	(フリガナ)	委任者と代理人との関係	
代理人の 住所	郵便番号		(フリガナ)	電話 ( )

### 領収(診療)明細書

患者名		傷病名	
入院外		入院	
初診	時間外・休日・深夜	初診	時間外・休日・深夜
再診	時間内 時間外 休日・深夜	投薬	内服 外用
往診	普通・難症 夜間・暴風雨雪 同、家庭	注射	皮下筋肉内 静脈内
指導		処置及び手術	材料 麻酔剤
投薬	内服 外用 調剤	検査	
注射	皮下筋肉内 静脈内	レントゲン	透視 造影剤
検査		その他	
レントゲン	透視 造影剤	入院	1月未満 1月～3月未満 3月以上 給食の有・無
処置及び手術	材料 麻酔剤	合計	円
その他			
合計	円	合計	円

医師の記入欄

(備考)すでに申請の対象となる費用については領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療証明書」として所定の事項を記入して下さい。  
 (添付書類についての注意)  
 ① 歯科診療に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医師の署名」及び「血液代金の領収証書」をつけて下さい。  
 ② コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費についての領収証書」をつけて下さい。  
 ③ 海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」及び「診療明細書」をつけて下さい。  
 ④ なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

上記のとおり領収(診療)いたしました。  
 令和 年 月 日  
 住所  
 医師の 氏名

## 記入上の注意 1

1. 表題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方をマルで囲んでください。
2. 表題の「被保険者」の文字をマルで囲んだときは、㊶㊷㊸欄に「該当せず」と記入してください。
3. 診療を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当を受けた場合は、㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼の欄は、そのように読み替えて記入してください。
4. ㊶㊷の欄は、該当する番号をマルで囲んでください。
5. 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に第三者行為による傷病届をこの書類に添付してください。
6. 字句を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。
7. 給付決定に際して、当健保組合より内容確認の連絡をさせていただくこともございます。

## 記入上の注意 2 (支払金融機関の欄・受取代理人の欄)

1. 支払区分の欄は、該当する番号をマル(○)で囲んでください。

支 払 区 分	内 容
1 銀行振込	給付が決定した場合、指定の銀行の口座へ振込みます。
2 事業所経由	原則被保険者本人の在籍している事業所にまとめて送金しますので、事業所担当者より受取ってください。

2. 給付金の受け取りを他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入してください。また、支払金融機関の欄受取代理人名義の口座を記入してください。