

支給 決議	発議	令和 年 月 日	決議	令和 年 月 日	決 裁
	支給 期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
		日間	資格取得日	昭・平・令 年 月 日	
	支 給 決定額				種 別
					× =

## 健康保険 被保険者 療養費支給申請書

被 保 険 者 （ 本 人 ） が 記 入 す る と こ ろ	記 号 番 号	3 3 —	被 保 険 者 ( 本 人 ) の 氏 名	在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。		
	被保険者(本人)の 住所・電話番号	〒 TEL				
	会 社 名					
	所 属 名		連 絡 先	TEL 内線		
	診療・手当を受けた 者の氏名		生年 月日	年 月 日	被保険者(本人)との続柄	
	傷 病 名	<いつ> 年 月 日 時 分頃 ( )				
	発病又は負傷年月 日及び原因	<どこで何をしていた負傷(発病)したか>				
	業務上・通勤途上の 傷病ですか	第三者行為による傷病ですか(交通事故・ケンカ等)				
	診療又は 手当を 受けた	施設名				
		医師名				
診療または 手当の期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間	診療または手当に 要した費用の額	円	
保険証で診療・手当を 受けることができな かった理由	治療用装具・治療用眼鏡等を作成のため 他の医療保険(前加入健保または国保)の資格で受診した医療費を返還したため 健康保険の資格が確認できず医療費を全額負担したため 理由 _____ その他 理由 _____					

※医療機関からの請求内容と突合して支給決定を行うため、申請から支給まで2~3ヶ月程度かかります。

《添付書類》 ※すべて原本を提出

R7.2改訂

1. 治療用装具……………保険医の意見書・装着証明書、領収書(明細書含)、  
購入した装具の写真(「治療用装具写真貼付台紙」に貼付)
2. 小児治療用眼鏡……………保険医の意見書、領収書
3. 弾性ストッキング等……………弾性着衣等装着指示書、領収書(明細書含)
4. 医療費の返還……………前加入健保/国保が発行した領収書、封筒に入った状態の診療報酬明細書
5. 医療費を全額自己負担……………領収書、診療明細書
6. 臍帯血・骨髄等の搬送……………領収書(原本)、医師の意見書(傷病名、搬送理由、搬送元・区間(詳細な経路)・  
期間・回数に記載してあること)