

|          |            |          |   |       |   |             |    |     |     |     |     |
|----------|------------|----------|---|-------|---|-------------|----|-----|-----|-----|-----|
| 支給<br>決議 | 発議         | 令和       | 年 | 月     | 日 | 決 議         | 令和 | 年   | 月   | 日   | 決 裁 |
|          | 支給<br>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<br>決定額 |          |   |       |   |             |    | 種 別 | 療養費 | 補装具 | その他 |
|          |            |          |   |       |   |             |    |     | ×   | =   |     |

健康保険 被保険者 療養費支給申請書  
家 族

|                                                                              |                                                                                                            |                      |                             |                              |           |  |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>（<br>本<br>人<br>）<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 記 号 番 号                                                                                                    | 3 3 —                | 被 保 険 者<br>( 本 人 )<br>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<br>住 所 ・ 電 話 番 号                                                                                 | 〒 TEL                |                             |                              |           |  |
|                                                                              | 会 社 名                                                                                                      |                      |                             |                              |           |  |
|                                                                              | 所 属 名                                                                                                      |                      |                             | 連 絡 先                        | TEL<br>内線 |  |
|                                                                              | 診療・手当を受けた<br>者 の 氏 名                                                                                       | 生年<br>月 日            | 年 月 日                       | 被保険者（本<br>人）との続柄             |           |  |
|                                                                              | 傷 病 名                                                                                                      |                      |                             |                              |           |  |
|                                                                              | 発病又は負傷年月<br>日 及 び 原 因                                                                                      | <いつ> 年 月 日 時 分頃 ( )  |                             |                              |           |  |
|                                                                              |                                                                                                            | <どこで何をしていて負傷（発病）したか> |                             |                              |           |  |
|                                                                              | 業務上・通勤途上の<br>傷 病 で す か                                                                                     |                      |                             | 第三者行為による傷病です<br>か（交通事故・ケンカ等） |           |  |
|                                                                              | 診療又は<br>手 当 を<br>受 け た                                                                                     | 施 設 名                |                             |                              |           |  |
|                                                                              | 医 師 名                                                                                                      |                      |                             |                              |           |  |
| 診 療 ま た は<br>手 当 の 期 間                                                       | 令和 年 月 日 から<br>令和 年 月 日 まで 日間                                                                              | 診療または手当に<br>要した費用の額  | 円                           |                              |           |  |
| 保険証で診療・手当を<br>受けることができな<br>かった理由                                             | 治療用装具・治療用眼鏡等を作成のため<br>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<br>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<br>理由<br>その他<br>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・回数が記載してあること）