

こちらは記入例です。

実際に申請書に記入する際は、黒色または青色の消えないボールペンを使用の上記入例に沿って記入してください。

| | | | | | | |
|----|------|------------|----------|----------------|-----|-----------|
| 入欄 | 健康保険 | 被保険者 家族 | 療養費支給申請書 | 立替払い・ 治療用装具 | 支給額 | ¥ (内訳) |
| | | | | | | |

【ご注意ください】

- ① 訂正がある場合は被保険者(申請者)が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(申請者)以外の訂正は認められません。
- ② 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。
- ③ 傷病の原因が「ケガの場合は「**負傷原因届**」、第三者の行為による場合は「**第三者行為による傷病届**」の添付が必要となります。
- ④ 被保険者(申請者)及び事業所以外の代理人口座への給付金振込を希望する場合は、別紙・確認書類の添付が必要となります。

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|-------|---|----|------|------|----|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者等 | 記号 | 〇〇 | 番号 | 〇〇〇〇 | 生年月日 | 昭平 | 〇 | 年 | 〇 | 月 | 〇 | 日 |
| 被保険者情報 | 氏名 | (フリガナ) ガイシヨク タロウ 外食 太郎 | | | | | 必ず「本人(被保険者)」の氏名等を記入してください。訂正がある場合は被保険者(請求者)が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(請求者)以外の訂正は認められません。 | | | | | |
| | 住所 | 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京 都府 | | | | | 〇-〇〇〇-〇〇 | | | | | |
| | 事業所名称 | 株式会社 〇△□ | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|-----|-------------------|----|-----------------------|------|---|
| 振込先 | 金融機関名称 | 〇〇 | 銀行 信金・信組 農協・その他() | 預金種別 | 普通・当座・その他() |
| | 口座名義 (カタカナで記入) | 〇〇 | 支店 本店・出張所 その他() | 口座 | ※ゆうちょ銀行の場合※ 【支店名】は必ず【一二六】等の 漢数字の支店名を記入してください。 |

| | | |
|-----|----------------------|--------------------------|
| 委任状 | 口座名義が代理人の場合にご記入ください。 | ※本人口座への振込の場合は記入しないでください※ |
|-----|----------------------|--------------------------|

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|---|-----------|----------------------|---|----|---|-------------------------------------|---|---|---|
| 申請内容 | 療養を受けた方 | 氏名 | 外食 花子 | | | | | | | | | | | |
| | 受診者(どちらかに✓) | <input type="checkbox"/> 被保険者 | <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者) | 第三者行為によるものですか (※はいの場合、【ご注意ください】③参照) | はい <input checked="" type="radio"/> いいえ | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 昭平 | 〇 | 年 | 〇 | 月 | 〇 | 日 | 続柄 | 妻 | 外傷によるものですか (※はいの場合、【ご注意ください】③参照) | はい <input checked="" type="radio"/> いいえ | | |
| | 療養の給付を受ける ことができなかった理由 (該当番号に○をつけてください) | 1. 当組合に加入後、医療費を全額自己負担したため。 2. 当組合に加入する前の保険者に医療費を返還したため。 3. 会計時、窓口に標準負担額減額認定証の提示ができなかったため。 4. 治療用の補装具、弱視治療用眼鏡を購入したため。 5. その他 () ※ 4・5の場合、傷病名・発病又は負傷年月日(療養開始日)を記入してください。 | | | | | | | | | | | | |
| | 傷病名 | 第三腰椎圧迫骨折 | | | | | 発病又は負傷年月日 (療養開始日) | 平 | 〇 | 年 | 〇 | 月 | 〇 | 日 |
| | 診療を受けた 医療機関名称 | 名称 | 健保整形外科クリニック | | | 診療した医師の氏名 | 健保 一郎 | | | | | | | |
| | 診療期間(支給期間) | 令和 3 年 10 月 20 日 から 令和 3 年 10 月 20 日 まで (日数 1 日) | | | | | | | | | | | | |
| | 上記期間に入院して いた場合はその期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日数 日) | | | | | | | | | | | | |
| 療養に要した費用 | 装具製作元が発行した領収書の 金額を記入してください。 | | | 診療の内容 | 診察・検査 | | | | | | | | | |

提出する前に、記入漏れがないか確認してください。

(記入漏れがあると、申請書の返戻・審査期間の長期化等の可能性があります。)

受付日付印

医師が発行した証明書の内容をそのまま記入してください。