

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・ 治療用器具	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 太郎										
	受診者(どちらかに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者	<input 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	本人	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。