

支給支払決議書	支払額		常務理事	事務長	担当者			
	資格	得喪	年 月 日	療 始	年 月 日	日 数	種 類	療養費 (入院・入院外・歯科・調剤) 装具 眼鏡 針灸 マッサージ その他 ()
			年 月 日	療 終	年 月 日	日 数	日 間	

健康保険 被保険者 **家族**

療養費支給申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

※訂正した場合は、訂正印を押印してください

被 保 険 者 が 記 入	被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号			被保険者(請求者)の氏名		フリガナ ケンボ タロウ		
	記号	〇〇	番号	〇〇〇〇	健保 太郎			
	被保険者(請求者)の現住所		〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇〇1-1-1		電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			
	事業所の名称		〇〇〇〇株式会社					
	療養が被扶養者に関するときは、その方の氏名等		氏名	健保 花子	生年月日	昭 平 ・令 〇〇年 〇月 〇日	続柄	妻
	傷病名		神経痛		発病又は負傷年月日(療養開始年月日)	令和 〇〇年 〇月 〇日		
	発病の状態又は負傷の原因及びその経過(詳しく記入)		場所(どこで)	状態(原因)	第三者行為によるものですか			
			不詳	不詳	はい・ いいえ			
	診療を受けた病院等		名称	〇〇治療院				
			所在地	〇〇〇〇2-1-1				
診療の期間(支給期間)		始	令和 〇〇年 〇月 〇日	診療に要した費用の額	〇〇,〇〇〇 円			
		終	令和 〇〇年 〇月 〇日 5日間					
診療の内容		マッサージ						
療養の給付を受けることができなかった理由		償還払いのため						

装 具 を 作 製 し た 場 合 に 記 入	以前にも同様の傷病・同部位の装具を作製されましたか	以前にも作製したことがある ・ 初めて作製した
	【15歳以上(義務教育を終えた方)のみ記入】 今回装具を作製した部位で、 身体障害者手帳をお持ちですか (障害者総合支援法による補装具費支給の対象になるかを判断するため確認させて頂いております)	以前作製したことがある場合は、 今回新たに作製した場合は、 ご記入ください
		あんま・マッサージの申請の場合は記入不要です
		持っている方は、自治体へ補装具費支給申請をしなかった理由をご記入ください。
		<input type="checkbox"/> 自治体から申請対象外と言われたから <input type="checkbox"/> 主治医から治療用装具のため健保組合への請求と言われたから <input type="checkbox"/> その他 ()

【添付書類】 ※下記1.または2.の場合、②の件数分この申請書が必要です。(2.の場合、前加入先が出した請求書にて件数をご確認ください)

- 保険証を持参しなかった場合
 - ①領収書(原本) ②診療(調剤)報酬明細書(レセプト)の写し ※別紙の「領収(診療)明細書」に医療機関の証明があるときは不要
- 前加入の健康保険証を使用してしまった場合
 - ①領収書(原本) … 前加入先に支払った分 ②診療(調剤)報酬明細書(レセプト)の写し
- 装具(コルセット)を作った場合
 - ①領収書・装具明細書(原本)※治療用装具を取り扱った義肢装具士の氏名の記載が必要 ②医師の意見書 ③「靴型」装具のみ対象者が装着している写真
- はりきゅう、あんま、マッサージの場合
 - ①領収書(原本) ②領収(施術)明細書 ③保険医の施術同意書(初回・継続して治療を受ける時は6か月に一度 再同意が必要) **※添付してください**

※ 在籍者は、事業所経由(給与加算)でお支払しますので、下記の委任状にご記入ください。

委 任 状	私は会社を代理人と定め、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	
	本人 氏名	〇〇〇〇1-1-1 健保 太郎
	事業所住所 代理人 会社 事業所名称 氏名	印

在籍者は本人欄にご記入ください

受付番号	第	号
決定年月日		

※ 退職者は、支払い口座を記入してください。(被保険者以外の口座へ振込を希望される場合は別紙委任状が必要)

銀行	支店	普通	口座番号
信用金庫	出張所	当座	口座名義(カカ)

退職者は支払口座をご記入ください