

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書		家族		立替払・治療用装具	
被保険者情報	被保険者等記号・番号	記号 987 番号 654321	事業所名称	株式会社 ○○○○	
	被保険者氏名	(フガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭和 平・令 ×× 年 × 月 × 日	
	住所	〒 100 - 0000 東京都渋谷区○○ ×-× △△マンション×××号	電話番号 (日中の連絡先)	090 (××××) ××××	
	提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)			
振込先	金融機関名称	○○○○ 銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連 △△△△ 支店・本店・出張所 支所・本所	金融機関・支店コード	×××× - ×××	
	口座名義 (カタカナで記入)	ケンポ タロウ	預金種別	普通 当座・その他 ()	
4	公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)			
【ご注意ください】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。					
委任状	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日		
	代理人(口座名義人)	氏名 住所 氏名	被保険者との関係 ()		
申請内容	7	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)	6 第三者行為によるものですか ※ はい・いいえ	
	7	家族の場合はその方の	氏名 生年月日	昭和 平・令 年 月 日 続柄 ()	
	7	傷病名	左足関節靭帯損傷	発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令 6 年 12 月 1 日 午前・午後 3 時頃
	7	発病又は負傷の原因及び状況 (けがの場合は、どこでどのように負傷されたか)	時間帯 勤務時間中・勤務日の休憩中・出張中・私用中・出勤途中・退勤途中・その他 ()	場所 会社内・路上・駅構内・自宅・学校・その他 ()	原因 交通事故・ケンカ・スポーツ中・職場行事・その他 () 自分の不注意
	7	状況	実保的に詳しく 自宅の2階から1階へ階段で降りる際、階段を踏み外して負傷。		
	8	診療を受けた病院等	名称 ○○整形外科医院	所在地 東京都新宿区△△ ×-×	診療した医師の氏名 ○○ ○○
	8	診療期間(支給期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日数 日)		
	8	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)		
	8	装具装着日	令和 6 年 12 月 4 日 装着	9 療養に要した費用	×, ××× 円
	8	診療の内容	診察、レントゲン等の検査、装具の装着。		
8	療養の給付を受けることができなかった理由	治療のため治療用装具を装着したため。			
※ 傷病の原因が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。					
マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です) 受付日付印					
10	マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。				
社会保険労務士の提出代行者名記載欄					

記入漏れや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 被保険者等記号・番号は、「マイナポータル」資格情報のお知らせ「資格確認書(保険証)」に記載されています。
- 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。被保険者が亡くなった場合は、申請者(相続人)の氏名、住所、振込先口座をご記入ください。申請者(相続人)の氏名は被保険者名の横にかっこ書きでご記入ください。その際、被保険者と申請者(相続人)の続柄など身分関係を確認できる書類(戸籍謄本原本)を添付してください。
- 事業所(事業主)経由で提出される場合は、提出委任に✓を付けてください。
- 注:マイナポータル等で口座情報を登録・変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。
- 口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。なお、代理人(口座名義人)が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本等)の提出が必要となる場合があります。
- 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 受診者が家族(被扶養者)の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。
- 装具を装着した日をご記入ください。医師が発行した「装具装着証明書」や「装具作成指示書」をご確認ください。治療用眼鏡の場合は領収書の日付をご記入ください。
- 装具の領収書に書かれている金額をご記入ください。

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者の署名(サイン)をご記入ください。

添付書類

装具の種類	添付書類1 医師の証明を受けて添付してください。	添付書類2(共通)	添付書類3
治療用装具	装具作製(装着)指示書 又は意見書、証明書等	領収書の原本 患者名、装具の名称、種類、内訳別の費用額が記載されているもの	靴型装具の写真 靴型装具を作成した場合
弾性着衣等	弾性着衣等装着指示書		-
小児弱視等の治療用眼鏡等	眼鏡等作成指示書		-