

健康保険 療養費支給申請書

被 保 険 者	所 属 事 業 所	
	記 号 ・ 番 号	28 -
	氏 名	(印)

常務理事	事務長	審査	担当者

療 養 費 第 二 家 族 療 養 費	
支 給 決 定 日	支 給 額

【申請内訳】

受 診 者	☐ 被保険者(本人) ☐ 被扶養者(家族) 被保険者との続柄()			
氏 名 (受診者が家族の場合)	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	歳
傷 病 名	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	令和 年 月 日		
発病又は負傷の原因	傷 病 の 経 過			
受診した医療機関の 所 在 地 ・ 名 称				
診 療 を 受 け た 期 間	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで	日	療養又は装具に 要 した 費 用	円
第 三 者 行 為 に よ る も の で す か	☐ はい ※「はい」の場合は、第三者行為による傷病届」を提出してください。 ☐ いいえ			
申 請 理 由	☐ 医者 の 指 示 に よ り 治 療 用 装 具 を 購 入 ・ 作 成 し た 。 添付書類① ☐ 医者 の 指 示 よ り 弱 視 等 の 治 療 で 、 眼 鏡 等 を 作 成 ・ 購 入 し た 。 (9歳未満) 添付書類② ☐ マイナ保険証等を持たずに受診し、医療費を全額負担した。 添付書類③ ☐ その他()			
添 付 書 類	① 領収証, 医師の診断書, 装具装着証明書, 装具の写真(靴型装具の場合) 領収証に内訳がない場合は、見積書等も添付してください。 ② 領収証, 保険医の作成指示書及び検査結果等の写し ③ 領収証, 診療報酬明細書(レセプト)			
申 請 者 委 任 欄	上記のとおり申請します。なお、給付金の受領は、事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 (印)			