

# 健康保険 療養費支給申請書

届出	令和 年 月 日																																																			
被 保 険 者	被 保 険 者 証		氏 名	所 属 事 業 所	Tel ( ) - (内線 - )																																															
	記 号	番 号																																																		
該 当 者	フリガナ 氏 名		続 柄	生 年 月 日	性 別																																															
	フリガナ.....			昭和 平成	年 月 日	男 女																																														
公費該当の場合 その種別																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">支 給 額</td> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">被 保 険 者</td> <td style="text-align: center;">療 養 費</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">一 部 負 担 還 元 金</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">被 扶 養 者</td> <td style="text-align: center;">第 二 家 族 療 養 費</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">家 族 療 養 附 加 金</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">本 人 ・ 家 族 合 算</td> <td style="text-align: center;">高 額 療 養 費</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">計</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table>						支 給 額	被 保 険 者	療 養 費						円	一 部 負 担 還 元 金						円	被 扶 養 者	第 二 家 族 療 養 費						円	家 族 療 養 附 加 金						円	本 人 ・ 家 族 合 算	高 額 療 養 費						円	計							円
支 給 額	被 保 険 者	療 養 費								円																																										
		一 部 負 担 還 元 金							円																																											
	被 扶 養 者	第 二 家 族 療 養 費							円																																											
		家 族 療 養 附 加 金							円																																											
	本 人 ・ 家 族 合 算	高 額 療 養 費						円																																												
計							円																																													
保険証を使用できなかった理由																																																				
傷 病 名			発 生 年 月 日	平成 令和 年 月 日																																																
傷 病 の 原 因			傷 病 の 経 過																																																	
診 療 を 受 け た 医 療 機 関		所 在 地 名 称																																																		
診 療 の 期 間		令 和 年 月 日 から	日 間	診 療 に 要 した 費 用	円																																															
		令 和 年 月 日 まで	別添領収証のとおり																																																	
診 療 の 内 容																																																				
負 傷 が 外 傷 による とき 1. 自損事故によるもの 2. 第三者の行為によるもの 3. その他 ( )																																																				

**被保険者 確認欄**  この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。  
 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

健 保 組 合	伺			決 定 年 月 日	入 力
	常 務 理 事	事 務 長	担 当	年 月 日	

- (注意事項)
- ・ 診療に要した費用の申請には、領収証と診療報酬明細書（すべて原本）を添付してください。
  - ・ 海外において診療した場合は、領収証と診療報酬明細書（すべて原本）のほか「調査に関わる同意書」および旅券等の海外に渡航した事実が確認できる書類（写し）を添付してください。
  - ・ 治療用装具などの申請には、内訳記載がある領収証（内訳記載がない場合は領収書と見積書等でも可）と医師の必要とした旨の診断書または証明書（すべて原本）を添付してください。
  - ・ 本申請は、直接健康保険組合に提出してください。

受 付 印