

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 等		氏 名	所 属 事 業 所	Tel () - (内線 -)	
	記 号	番 号				
			生 年 月 日 昭和 年 月 日 平成	現住所	〒 - Tel () -	
該 当 者	フリガナ 氏 名		続柄	生 年 月 日		公費該当の場合 その種別
	フリガナ.....			昭和 平成 令和	年 月 日	
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 ()						

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	

記 事	
本人 ・ 家族 ・ 6 歳 未 満 ・ 高 齢 者 ・ 入 院 ・ 外 来	

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