

健康保険 療養費支給申請書 【特定疾病調剤負担の際の記入例】

届出	令和 3 年 6 月 1 日					
被 保 険 者	被 保 険 者 等		氏 名	所 属 事 業 所	〇〇〇〇 (株) 〇〇部 〇〇課 〇〇担当 Tel (000) 123-4567 (内123-4567)	
	記号	番 号				
被 保 険 者	20	555555	生 年 月 日	現住所	〒 000-1234 広島市〇〇区〇〇町〇〇番〇〇号 〇〇マンション101 Tel (000) 9876-5432	
	フリガナ 氏 名		続柄	生 年 月 日	性別	公費該当の場合 その 種 別
該 当 者	フリガナ ケンコウ タロウ 健康 太郎		本人	昭和 平成 令和 50 10 15	男	重度身体障害者医療 (乳児・子ども医療 など)
保険証を使用 できなかった理由	特定疾病に自己負担限度額 (1万円) を超える支払いを行ったため					
傷 病 名	腎不全 (人工透析)		発 生 年 月 日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
傷 病 の 原 因	不明		傷 病 の 経 過	良好 (継続加療中)		
診療を受けた 医療機関	所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号 名称 〇〇〇〇病院					
診 療 の 期 間	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日から		診 療 に 要 し た 費 用	〇〇, 〇〇〇 円		
	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで			別添領収証のとおり		
診 療 の 内 容	人工透析, 薬の処方					
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 (

給 付 額	療 養 費					円
	附 加 金					円
	本人・家族 合 算	高額療養費				円
	計					

国・県・市町村から、医療費の助成が受けられる公費負担医療に該当している場合は記入してください。該当していない場合は、何も記入せず提出してください。

治療後の傷病経過について記入してください。

支払いを行った診療期間を記入してください。

支払った費用を記入してください。

自己負担額を超過した診療分の領収書(原本)のみ添付してください。

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。

被保険者が必ず記入してください。
記入漏れの場合は、返却させていただきます。

- (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。
 - ・治療用器具などの申請には、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