【治療用装具を装着したとき】　＊【自費で受診したとき】は次ページをご覧ください。

申請書は健保組合まで送付してください。

被保険者 被扶養者 療養費支給申請書

被保険者証の 記号	＊	会社名	＊＊＊＊＊	所　属	＊＊＊＊＊
被保険者証の 番号	＊＊＊＊＊	事業所	＊＊＊＊＊	氏名No.	＊＊＊＊＊
療養を受けた者の氏名	健保　一郎				
生年月日	昭和 (平成) 令和　＊＊年　＊＊月　＊＊日			被保険者との続柄	長男
保険医で医療を受けることの困難な理由	(1.) 治療用装具の装着（ｺﾙｾｯﾄ･ｷﾞﾌﾞｽ等） 2.　自費で受診（理由：　　） 3.　その他　（理由：　　）				
傷病名	＊＊＊＊＊	第三者行為によるものですか	はい　・　(いいえ) （はいの場合は別途届出が必要です）		
		発病または負傷の年月日	令和　＊年　＊＊月　＊＊日		
発病または負傷の原因と経過	自宅の階段で転倒し、＊＊を負傷 現在治療中				
診療期間	令和　＊年　＊＊月　＊＊日　～　令和　年　月　日　日間 ※上記の期間に入院していた場合はその期間 令和　年　月　日　～　令和　年　月　日　日間				
療養金額	＊＊＊＊＊　円　（10 割負担額を記入）				
診療を受けた医療機関	所在地：＊＊市＊＊区＊＊町＊－＊ 名　称：＊＊＊医院 医師名：＊＊＊＊＊				

第三者行為による場合は、第三者行為傷病届の提出が必要ですので、健保組合に連絡してください

何をしていて負傷したのか、現在の状態などわかる範囲で詳しく記入してください

治療が終了していない場合は終了日・日数は記入不要です

領収書の金額を記入してください

上記により療養費を申請いたします。

令和　＊年　＊＊月　＊＊日

〒＊＊＊＊＊－＊＊

被保険者 住 所　＊＊市＊＊区＊＊町＊－＊

氏 名（戸籍名）　健保　太郎

申請書を記入した日付を記入してください

受取委任の欄

本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。

※給与支払いでの給付手続きを事業主に依頼するため必要ですので、必ず記入してください。

（任意継続被保険者・退職者の方は当欄への記入不要です）

令和　＊年　＊＊月　＊＊日

被保険者氏名（戸籍名）　健保　太郎

健保組合受付

注 意 事 項 ・ 添 付 書 類 等

・鉛筆書き、記入漏れは受付けられません。

★　下記の書類を必ず添付してください。

コルセット･ギブスなどの治療用装具申請の時は「医師の意見書」と「領収書」および靴型装具は当該装具の写真（実際に装着する現物と確認できるもの）、上記以外の療養費申請の時は「診療内容明細書」と「領収書」

【自費で受診したとき】

申請書は健保組合まで送付してください。

被保険者 被扶養者 療養費支給申請書

被保険者証の 記号	＊	会社名	＊＊＊＊＊	所　属	＊＊＊＊＊
被保険者証の 番号	＊＊＊＊＊	事業所	＊＊＊＊＊	氏名No.	＊＊＊＊＊
療養を受けた者の氏名	健保　花子				
生年月日	昭和 (平成) 令和　＊＊年　＊＊月　＊＊日			被保険者との続柄	長女
保険医で医療を受けることの困難な理由	1. 治療用装具の装着（ｺﾙｾｯﾄ･ｷﾞﾌﾞｽ等） (2.) 自費で受診（理由：保険証不携帯　） 3. その他　（理由：　）				
傷病名	＊＊＊＊＊	第三者行為によるものですか	はい　・　(いいえ) （はいの場合は別途届出が必要です）		
		発病または負傷の年月日	令和　＊年　＊＊月　＊＊日		
発病または負傷の原因と経過	帰省中に発熱し、近くのクリニックを受診した				
診療期間	令和　＊年　＊＊月　＊＊日　～　令和　年　月　日　1日間 ※上記の期間に入院していた場合はその期間 令和　年　月　日　～　令和　年　月　日　日間				
療養金額	＊＊＊＊＊　円　（10割負担額を記入）				
診療を受けた医療機関	所在地：＊＊市＊＊区＊＊町＊－＊ 名　称：＊＊＊医院 医師名：＊＊＊＊＊				

上記により療養費を申請いたします。

令和　＊年　＊＊月　＊＊日

〒＊＊＊＊＊－＊＊

被保険者 住 所　＊＊市＊＊区＊＊町＊－＊

氏 名（戸籍名）　健保　太郎

受取委任の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※給与支払いでの給付手続きを事業主に依頼するため必要ですので、必ず記入してください。 （任意継続被保険者・退職者の方は当欄への記入不要です） 令和　＊年　＊＊月　＊＊日 被保険者氏名（戸籍名）　健保　太郎

第三者行為による場合は、第三者行為傷病届の提出が必要ですので、健保組合に連絡してください

理由を記入してください

何をしていて負傷したのか、現在の状態などわかる範囲で詳しく記入してください

治療が終了していない場合は終了日・日数は記入不要です

領収書の金額を記入してください

医師名が不明の場合は空欄

申請書を記入した日付を記入してください

健保組合受付

注 意 事 項 ・ 添 付 書 類 等

・鉛筆書き、記入漏れは受付けられません。

★ 下記の書類を必ず添付してください。

コルセット･ギブスなどの治療用装具申請の時は「医師の意見書」と「領収書」および靴型装具は当該装具の写真（実際に装着する現物と確認できるもの）、上記以外の療養費申請の時は「診療内容明細書」と「領収書」