

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書

被保険者（申請者）が記入する欄	①	健康保険の 記号と番号	記号		番号		②	事業所名称		
	③	被保険者 （申請者）の氏名					④	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	⑤	被保険者 （申請者）の住所	〒 - 日中の連絡先TEL（自宅・勤務先・携帯） - -							
	⑥	療養が被扶養者の 場合はその方の	氏名			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者 との続柄		
	⑦	傷病名					⑧	発病または負傷年月日 （療養開始日）	令和 年 月 日	
	⑨	発病または 負傷の原因 （詳しく記入してください）	※外傷性(ケガ)によるものである場合は「負傷の原因について(回答書)」を添付してください							
	⑩	第三者行為によるものですか	いいえ ・ はい(第三者行為、交通事故による傷病の場合は申請前に組合へご連絡ください)							
	⑪	診療を受けた医療 機関・調剤薬局	名称			所在地			医師氏名	
			名称			所在地			医師氏名	
	⑫	診療の期間又は治 療用装具指示日	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの 日間							
	⑬	診療の内容 （○で囲んでください）	1 診察・投薬 3 その他（ ） 2 装具・眼鏡作成				⑭	診療に要した費用	円	
	⑮	療養の給付を受けるこ とができなかった理由 （○で囲んでください）	1 保険証等を持たずに医療機関等で受診したため 2 以前加入していた健康保険を使用したため 3 加入手続き中に医療機関等で受診したため 4 治療用装具・眼鏡は保険契約がないため				5 海外の医療機関で受診したため 6 臍帯血・造血幹細胞を搬送したため 7 その他（ ）			
	⑯	振込口座	金融機関 名称	(フリガナ) 銀行 労金 信金 農協 信組 漁協		(フリガナ) 本店 支店 出張所		普通 ・ 口座 番号	右詰めでご記入ください	
			金融機関コード			店番コード				
			口座名義 (カタカナ)	<⑯振込口座について> ・被保険者(申請者)名義の口座を 記入してください ・代理人に委任する場合は、⑰委任 状欄に記入のうえ代理人名義の口 座を記入してください						
	給付金に関する受領を代理人に委任する場合は委任状を記入してください									
	⑰	委任状	私は本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します 被保険者 住所 〒 (申請者) 氏名 ㊟							
代理人 の住所			〒				委任者との関係			
代理人 の氏名										
令和 年 月 日 受 付 印										

<療養費の支給対象事由及び添付書類>

- ・ やむを得ない事情で医療費を自費で支払った場合は、領収書(原本)、診療報酬明細書(原本)または調剤報酬明細書(原本)を添付してください。
- ・ 治療用装具を作成した場合は、治療用装具製作指示装着証明書(原本)、領収書(原本)を添付してください。
- ・ 海外で療養を受けた場合は、診療内容明細書(原本)、領収明細書(原本)、領収書(原本)、パスポート(写)を添付してください。なお、明細書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所、氏名を明記した翻訳文を添付してください。
- ・ 臍帯血・造血幹細胞を搬送した場合は、医師の意見書(原本)、領収書(原本)、領収明細書を添付してください。
- ・ 生血液の輸血を受けた場合は、輸血証明書(原本)、血液代金の領収書(原本)を添付してください。

社会保険労務士の提出代行者	
---------------	--

臍帯血および造血幹細胞の搬送を必要とする医師または歯科医師の意見書

搬送を必要とする医師または歯科医師が意見を記入する欄	①	健康保険の 記号と番号	記号	番号	②	患者氏名		
	③	傷病名						
	④	搬送を必要とする理由 〔症状、その他具体的に 記入してください〕						
	⑤	搬送区間	(フリガナ)	(フリガナ)	⑥	搬送回数	回	
			から	まで	⑦	搬送後 入院・外来	入院・外来	
	⑧	搬送期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 までの 日間					
⑨	搬送方法							
上記のとおり搬送の必要を認めます。 令和 年 月 日 医療機関所在地 〒 医療機関名称 医師氏名 (電話番号 — —) ※不正受給防止の観点から医療機関の名称・所在地はゴム印(スタンプ等)をご使用ください								