被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

日本ﾚｽﾄﾗﾝｴﾝﾀﾌﾟﾗｲｽﾞ健康保険組合

① 被保険者証の記号と番号	記号	番号	② 被保険者の（請求者）の氏名と印	印			
③ 被保険者の勤務する（していた）事業所	名称						
	所在地						
④ **被扶養者**に関する申請のとき	氏名		生年月日	昭・平・令　年　月　日	続柄		
⑤診療又は手当ての内容 （該当する項目に〇印をして下さい）	ｲ. 治療用装具及び小児弱視眼鏡　（装着日：　年　月　日） ﾛ. 自費　ﾊ. 国保・他健保　ﾆ. はり、灸・ﾏｯｻｰｼﾞ ﾎ. 海外（国名：　）　ﾍ. 生血 ﾄ. その他（　） **※下記注意事項5～7を参照の上、それぞれ必要書類を添付すること**				入院・外来の別	入院・外来	
⑥ 傷病名			⑦ 発病（負傷）の年月日	平成 令和　年　月　日			
⑧ 診療又は手当てを受けた期間及日数	自 平成・令和　年　月　日　の内 至 平成・令和　年　月　日　日間		⑨ 診療又は手当てに要した費用の額	円			
⑩ 診療又は手当てを受けた医療機関	名称						
	所在地						
⑪ 療養の給付を受けられなかった理由							
⑫ 傷病の原因と経過	どこでどのようにして負傷（発病）したかとその後の経過						
⑬ 傷病が第三者の行為による負傷であるか否か	有・否	有の場合加害者の	氏名				
			住所				
⑭ 備考欄							

R2.9

受付日付印

委任状	⑮ この保険給付の受領を下記の者に委任します。 委任する者の氏名　印 委任を受けた者の氏名　印

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日

（注意事項）

1. 標題の「被保険者」と「被扶養者」の別および⑤、⑬欄は、それぞれ該当する項目を丸で囲んで下さい。
2. ②欄の請求者が被保険者でない場合は、被保険者の相続人であることが確認できる書類（戸籍謄本等）を添付して下さい。その際、給付金の支払いは銀行送金で行いますので、⑭欄へ銀行名、支店名、口座の種別、口座の名義を記入して下さい。
3. ⑮欄の「委任する者」の印は、②欄の印と同じ印を押印して下さい。**印鑑はｼｬﾁﾊﾀ印は不可です。**
   「委任を受けた者」の印は、事前に給付金等の受領者として、健康保険組合へ届出をしている印と同じ印を押印して下さい。
4. 訂正箇所がある場合は、二重線で抹消の上②欄と同じ印を訂正印として押印して下さい。修正液などでの訂正は不可です。
5. 当該申請には、必ず「領収書」、並びに「診療報酬明細書」を添付して下さい。はり、灸・マッサージおよびコルセット等治療用装具、弱視用眼鏡および生血代の申請については診療報酬明細書は不要ですが、
   ・はり、灸・マッサージの申請には鍼灸師マッサージ師が作成の「健康保険　療養費支給申請書」と「医師の同意書」
   ・治療用装具の申請には「医師の装具指示書」と、装具を装着したという「装着証明書」
   ・小児用弱視等の治療用眼鏡の申請には「医師の治療用眼鏡等作成指示書」
   ・輸血（生血）を受けたときは「輸血証明書」
   をそれぞれ添付して下さい。領収書及び診療報酬明細書、同意書、指示書等については**原本の提出**でありコピーは不可です。
6. 治療用装具について、弱視の眼鏡以外の治療用装具（コルセットや足底装具等）は、装具単体で前後（上下）左右　からの写真、および可能であれば装具を装着した時の写真を添付して下さい。
7. 海外療養費ついては、診療内容明細書（様式AまたはC）および領収明細書（様式B）と、その日本語翻訳文、および渡航の事実がわかるもの（パスポートあるいはビザのコピー）と海外療養行為の調査に関わる同意書が必要になります。