

# 健康保険 被保険者 療養費支給申請書

家族

被保険者等 記号	被保険者等 番号	被保険者等の、記号番号が分からない 場合はマイナンバーを記入してください	被保険者氏名	所 属
1001	1234567	**** - **** - ****	健保 太郎	KAIKEKI健康社
対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	被扶養者の 氏 名	健保 飛鳥	続柄 長男
傷 病 名	右肘関節挫傷		発病・負傷年月日	令和 6 年 12 月 10 日
診療を受 けた病院	名 称	東京クリニック	医師・歯科医師名	東京 太郎
	所在地	東京都〇△市〇×1-1-×		
退職者 記入欄	退職年月日	令和 年 月 日		
	振込先	種 別	口座番号	
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
任意継続者 は記入不要	銀行	支店	口座名義人(フリガナ)	
申請理由	<input type="checkbox"/> 1.保険医、または保険者の指定するものがない地域での受診事由の発生 <input type="checkbox"/> 2. 傷病 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 歩行補 <input type="checkbox"/> 4. 保険証を提示できなかったこと <input type="checkbox"/> 5. その他 ( )			
第三者行為に よるものか否か	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※第三者行為である場合は「第三者行為による傷病届」を提出すること。			

退職後に申請する場合は口座情報を記入。

該当する申請理由を選択。  
あてはまるものがない場合は「5. その他」を選択し()内に記入。

第三者行為による傷病は健康保険の対象外です。  
健康保険組合が療養費の支給を認めた場合も、その金額を加害者に請求することになります。

※ 注意

(1) コルセット等の装具に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医師の証明書」、「装着日の証明書」及び

**添付書類について**

**【装具を購入した場合】**

- ・領収書(原本)
- ・医師の作成指示書(原本)
- ※指示書にその装具が治療上必要であることが明記されていること
- ※装具の基本工作法、製作要素、完成要素の区分、名称、型式などがわかる明細も必ず添付してください。

**【保険証が提示できず、医療費を全額支払った場合】**

- ・保険点数が明記されている領収書(原本)
- 領収書に「保険点数」の記載が無い場合は、領収書と保険点数の記載された診療明細書を添付してください。
- ※保険点数が明記されたものが発行されていない場合は、別紙「領収(診療)明細書」を医療機関で記載してもらってください。

**【海外で受診した場合】**

- ・診療報酬明細書
- ・領収書(原本)
- ・翻訳
- ・海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書
- ・海外に渡航した事実がわかる書類の写し
- ※詳細については当組合のホームページでご確認ください。

采所		組合	
----	--	----	--