

被保険者  
家族

## 療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証 記号・番号	記号 ***	番号 *****	所 属	〇〇部〇〇グループ		
	療 養 を 受けた者	氏 名	健保 花子			続柄	妻
		生年月日	昭和 平成・令和 **年 **月 **日				
	傷 病 名	〇〇〇〇〇〇		発病又は負傷の 年月日	令和 **年 **月 **日		
	発病又は負傷 の原因	〇〇〇〇〇〇		不明の場合は不明と記入 必ず該当する下記の書類を添付してください。			
	保険医で診療を 受けることが 困難であった 理由など	1. 治療用装具の装着（コルセット・ギプス等） 2. 自 費 で 診 療 （理由：旅行中でマイナ保険証等による本人確認ができなかったため） 3. そ の 他 （理由：上記の該当診療になった期間（医療機関等の証明日）					
	診療を受けた 期間	令和 **年 **月 **日 ~ 令和 年 月 日 日間			入院・通院の別	入院 ・ 通院	
	入院の場合 その期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間			療養費の金額 (10割負担額)	10,000 円	
	診療を受けた 医療機関の 所在地・名称、 医師名	所在地 〇〇市△△町××4-5 名 称 〇〇医院 医師名 〇〇〇〇〇〇			支払った費用を記入 電話 ***-***-***		
	傷病が第三者の行為によるものである時は、その状況、加害者の氏名・住所	事故の状況 加害者の氏名・住所			該当する場合のみ記入		
上記のとおり請求します。在職期間中の申請の場合は、本申請書に基づき給付金の受領を事業主に委任します。 令和 **年 **月 **日 〒***-*** 被保険者 住 所 〇〇市△△区××2-3-4 氏 名 健保 太郎 田辺ファーマ健康保険組合理事長殿 電話 ***-***-***							

添付書類は原本をお願いします。返却できませんので、申請前にコピーをお取りください。

2025.11.01

## &lt;添付書類&gt;

- 装具装着の場合：装具装着が傷病の治療のため必要と認めた医師の意見書および装具代金の領収書および装具部品価格明細
- 自費で診療を受けた場合（保険証を持参せず、自費で受診した場合）  
：領収（診療）明細書および領収書
- その他の理由による場合：当健康保険組合にお問い合わせください。