

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・キップス等) 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:) | | | | | |
| | 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 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 ← 該当する場合のみ記入 加害者の氏名・住所 | | | | | | |
| 上記のとおり請求します。在職期間中の申請の場合は、本申請書に基づく給付の手続を実行します。 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 * * * - * * * - * * * * * | | | | | | | |
| 振込希望銀行 (資格喪失者(退職者)のみ記入、ゆうちょ銀行除く) | | [] 銀行 [] 支店 (普通) 口座番号 [] 口座名義(カタカナ) [] | | | | | |

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

<添付書類>

- 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。