

記入例

この申請書は申請対象者ごとに作成してください

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
家 族

被保険者証の 記号・番号	9999 - 108		事業所名	〇〇株式会社		
	被保険者	氏名 〇井 〇郎	生年月日 昭和57年 6月 16日	連絡先電話番号 03 (3000) 0000		
被保険者の 記入欄	住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都港区△町〇-〇-〇					
	申請対象者	氏名 〇井 〇太	生年月日 平成30年 9月 6日	被保険者との続柄 次男		
	医療費助成を受けていますか いいえ ・ はい (乳幼児子ども) ・ 障害 ・ ひとり親 ・ その他 ()					
	診療期間と入院外来の別 令和3年 11月 20日から 令和3年 11月 20日 (1日間) 入院 ・ 外来					
	傷病名 小児弱視		発病 (負傷) の年月日 不 明 年 月 日	傷病の原因 先天性		
	療養を受けた医療機関の名称・電話番号 ××眼科医院 03 (2000) 0000			療養に要した費用 30,000 円		
	申請理由 (該当番号に〇印)					
	【添付書類】すべて原本を添付してください					
	1 治療用装具		●明細のわかる領収書と医師の意見 (作成指示) 書 ※靴型装具の申請のみ当該装具の写真			
	2 旧保険証使用		●請求書と還金領収書、診療報酬明細書			
	3 立替払 (理由)		●明細のわかる領収書			
	4 小児弱視等の治療用眼鏡等		●領収書と医師の意見 (作成指示) 書			
5 海外 (国名)		●領収書と診療明細書と翻訳 (本人・家族以外が作成) 渡航期間のわかる書類と同意書				
6 はり、灸・マッサージ		●領収書、医師の同意書 診療明細書 (医師の同意と傷病名が記載されたもの)				
受取方法	【在籍中の方】 会社へ委任してください	この給付金の受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名 〇井 〇郎				
	【退職後の方】 振込先を記入してください (任継者は記入不要。登録口座へ振込)	銀行・信金 信組・農協	本店 支店	普通・その他 ()		
口座 番号	(フリガナ) 口座名義	()				

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

※年月日は元号でご記入ください。

備考欄

健保記入欄	レート	月 日 円	実費	円	査定額	円
-------	-----	-------	----	---	-----	---