

※この欄は記入しないでください。

支 給 決 議 書	同年月日	年 月 日	常務理事	事務長		担当者
	支給額	百 十 万 千 百 十 円				
	資格取得日	年 月 日	装着年月日	年 月 日		
	資格喪失日	年 月 日	支給区分	未就学・一般・高齢7・高齢8		
	支給期間	年 月 日～	年 月 日	日間		

被保険者 家 族 療養費支給申請書

A. 被保険者について

第一回

①被保険者等 記号 — 番号	②被保険者氏名	③生年月日 年 月 日
④住所 〒 —		連絡先 — —
⑤被保険者が勤務する(していた)事業所 【名称】 【所在地】		
連絡先 — —		

※④⑤の連絡先は、日中につながる電話番号をご記入ください。

B. 対象者について

⑥対象者氏名	⑦生年月日 年 月 日	⑧続柄
⑨傷病名	⑩発病または負傷の日 年 月 日	
⑪診療を受けた医療機関 【名称】 【所在地】	電話番号 — —	
⑫診療の期間 年 月 日～年 月 日	日間	
⑬請求理由		
⑭装具等の装着指示を受けた日 年 月 日	⑮装具等の装着日 年 月 日	⑯今回の請求金額 円
⑰負傷した場所	⑱負傷したときの状況(原因)	
⑲受取金融機関 <input type="checkbox"/> マイナポータルに登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑をつけてください。)		
【銀行名】 銀行・信金 信組・農協	【支店名】 支店 本店	【口座番号】 普通・当座 【口座名義(カナ)】

被保険者のマイナンバー記載欄

被保険者等 記号番号を記入した場合は不要です。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

支払済印

受付印

※添付書類が必要です。
詳細は裏面をご覧ください。

<ご請求にあたって>

療養費支給申請書は、次の場合に確認書類とともにご請求いただく書類です。

- ① 保険適用にならなかった場合（保険証を持たずに受診）
- ② 保険適用にならなかった場合（以前の保険証を使用）
- ③ 医師の指示のもと、治療用装具（弹性ストッキングやコルセットなど）を購入した場合
- ④ 医師の指示のもと、治療用めがねを購入した場合
- ⑤ 医療機関を受診後に、高齢受給者負担割合が変更（訂正）となった場合

<添付書類>

上記① ⇒ 1. 医療機関交付の領収書 原本

2. 診療報酬明細書⑩の入った開封厳禁の封筒（※1）

↳ 会計時に交付される明細書ではなく、傷病名が入ったもので、医療機関から取り寄せてください。

なお、その場合に証明代がかかる場合がありますので、詳細は医療機関へ直接お問合せください。

上記② ⇒ 1. 前の健康保険交付の領収書 原本 または 納付書控え 原本

2. 診療報酬明細書⑩の入った開封厳禁の封筒（※1）

↳ 前の健康保険から取り寄せてください。

上記③ ⇒ 1. 医療機関交付の装着指示書 原本 または 装着証明書 原本

2. 購入業者交付の領収書 原本

3. 購入業者交付の明細書（Bに記入があれば不要）

上記④ ⇒ 1. 医療機関交付の治療用めがねの処方箋 写し

2. 購入業者交付の領収書 原本

3. 購入業者交付の明細書（Bに記入があれば不要）

上記⑤ ⇒ 1. 医療機関交付の領収書 写し

※1:封は開けずにご提出ください。

<市区町村や保健所等にも請求される方へ>

先方に原本を提出しないといけない場合は、上記で”原本”となっているものも”写し”で結構ですが、その際は、写しの余白に、『〇〇に請求のためコピーを提出』等を書き入れてください。

なお、※1の返却が必要な場合は、その旨をお知らせください、こちらでコピーを取った後に封入して返却いたします。