

※この欄は記入しないでください。

支給決議書	伺年月日	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

被保険者  
家族

## 療養費支給申請書

### A. 被保険者について

第 回

①被保険者等 記号 ー 番号 ー	②被保険者氏名	③生年月日 年 月 日
④住所 〒 ー 連絡先 ー ー		
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 ー ー		

※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 ー ー		
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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（弾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⑨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すので、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⑨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れば、こちらでコピーを取った後に封入して返却いたします。