

保 険 者 記 入 欄	健康保険組合			受付月日	整理番号		事業主側経由所属		
	常務理事	事務長	担当者		月別	番号	長	長	担当者
期 間	自 令 和 8 年 2 月 1 日	至 令 和 8 年 2 月 1 日	【記入例】治療用装具						入力受付No.
装 具 製 作 期 間									分 高齢一・高齢7 (該当に○印)

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

被保険者番 号	1 2 3 4 5 6 7	被保険者 氏 名 生 年 月 日	関西 健太郎														
			昭和・平成	2	年	4	月	7	日	生	満	35	歳				
被保険者 住 所	〇〇県〇〇市△△町1-1				被保険者 所 属	〇〇株式会社 〇〇支店 △△部											
被扶養者に係る 申請である場合、 該当者の氏名	関西 保子			生	年	月	日	昭和	平成	3	年	10	月	10	日	続 柄	妻
				令和	満 34 歳												
傷 病 名	前十字靭帯断裂					傷病又は 負傷の年月日	令和 8 年 2 月 1 日 8 時頃										
傷病の原因	自宅の階段で転倒したため		労働災害該当の有無 (業務上、通勤途上等)	無 ・ 有 ※「有」の場合は労災保険へ申請してください。													
傷病の経過	現在通院治療中である																
健康保険資格が 適用されなかった 理由 (詳しく記入)	治療上必要な装具製作会社は、医療機関ではなく、療養給付が受けられなかったため。																
診療を受けた病 院 等 の	所在地	〇〇県〇〇市△△町1-2				名 称	〇〇病院										
						医 師 名	治療担当医師名										
診療の内容	治療上、治療用装具の装着が必要である																
診療の期間	自	令和	8	年	2	月	1	日	日間	診療に要 した金額	¥	23,381		別紙証ひよ うのとおり			
	至	令和		年		月		日	現在も療養中								
上記の傷病は、本人以外の第三者の行為が原因で発生したケガや病気ですか										※どちらかに○をつけてください はい ・ いいえ							

【注意事項】

- 診療に要した費用の額に関する証ひょう書類を必ず添付すること
- コルセット等装具の場合は、担当医師の意見書と装具装着証明書および領収書を添付すること
- はり・きゅう・あんま・マッサージの場合は、別紙（療養費支給申請書）と同意書および領収書を添付すること

【備考】

保 険 者 記 入 欄	健康保険組合			受付月日	整理番号		事業主側経由所属		
	常務理事	事務長	担当者		月別	番号	長	長	担当者
期 間	自 令 和 8 年 2 月 1 日	至 令 和 8 年 2 月 1 日	【記入例】立替払い (医療機関で健康保険の資格が確認できず、全額自費となったとき など)						入力受付No.
	装具装着 令								

療養費支給申請書

被保険者 番号	1 2 3 4 5 6 7	被保険者 氏名 生年月日	関西 健太郎												
被保険者 住所	〇〇県〇〇市△△町1-1		被保険者 所属	〇〇株式会社 〇〇支店 △△部											
被扶養者に係る 申請である場合、 該当者の氏名	関西 保子		生年月日	昭和	平成	3	年	10	月	10	日	続柄	妻		
傷病名	嘔吐症		傷病又は 負傷の年月日	令和	8年2月1日 8時頃										
傷病の原因	かぜ		労働災害該当の有無 (業務上、通勤途上等)	無・有 ※「有」の場合は労災保険へ申請してください。											
傷病の経過	診療翌日より回復傾向														
健康保険資格が 適用されなかった 理由 (詳しく記入)	例1) 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため。 例2) 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため。 例3) 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため。														
診療を受けた病院 等の	所在地	〇〇県〇〇市△△町1-2		名称	〇〇病院										
				医師名	治療担当医師名										
診療の内容	診察後、薬処方														
診療の期間	自	令和	8	年	2	月	1	日	1	日間	診療に要 した金額	¥	3,860	別紙証ひょう のとおり	
	至	令和	8	年	2	月	1	日	現在も療養中						
上記の傷病は、本人以外の第三者の行為が原因で発生したケガや病気ですか												※どちらかに○をつけてください はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>			

【注意事項】

- 診療に要した費用の額に関する証ひょう書類を必ず添付すること
- コルセット等装具の場合は、担当医師の意見書と装具装着証明書および領収書を添付すること
- はり・きゅう・あんま・マッサージの場合は、別紙（療養費支給申請書）と同意書および領収書を添付すること

【備考】

保 険 者 記 入 欄	健康保険組合			受付月日	整理番号		事業主側経由所属		
	常務理事	事務長	担当者		月別	番号	長	長	担当者
期 間	自 令 和 7 年 1 0 月 1 日	至 令 和 7 年 1 0 月 1 0 日	【記入例】海外療養費						入力受付No.
	装具装着 令		「同意書」、「海外療養費支給申請書添付書類様式」も合わせて提出してください。						
							分	高齢一・高齢7 (該当に○印)	

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7	被保険者氏名 生年月日	関西 健太郎								
			昭和・平成	2	年	4	月	7	日生満	35	歳
被保険者住所	〇〇県〇〇市△△町1-1				被保険者所属	〇〇株式会社 〇〇支店 △△部					
被扶養者に係る申請である場合、該当者の氏名	関西 保子			生年月日	昭和					続柄	妻
				平成	3	年	10	月	10	日	
				令和					満	34	歳
傷病名	嘔吐症					傷病又は負傷の年月日	令和 8 年 2 月 1 日 8 時頃				
傷病の原因	かぜ			労働災害該当の有無 (業務上、通勤途上等)	無・有 ※「有」の場合は労災保険へ申請してください。						
傷病の経過	診療翌日より回復傾向										
健康保険資格が適用されなかった理由 (詳しく記入)	例1) 令和7年10月から海外で勤務しており、現地の医療機関を受診したため。 例2) 令和7年10月1日～10日の海外旅行中に、現地の医療機関を受診したため。										
診療を受けた病院等の所在地	アメリカ 〇〇〇〇〇〇				名称	〇〇〇〇					
					医師名	治療担当医師名					
診療の内容	診察後、薬処方										
診療の期間	自 令和 8 年 2 月 1 日 1 日間				診療に要した金額	250 ドル					別紙証ひょうのとおり
	至 令和 8 年 2 月 10 日 現在も療養中										
上記の傷病は、本人以外の第三者の行為が原因で発生したケガや病気ですか							※どちらかに○をつけてください はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>				

【注意事項】

- 診療に要した費用の額に関する証ひょう書類を必ず添付すること
- コルセット等装具の場合は、担当医師の意見書と装具装着証明書および領収書を添付すること
- はり・きゅう・あんま・マッサージの場合は、別紙（療養費支給申請書）と同意書および領収書を添付すること

【備考】