

被 保 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	自平・令 至平・令	年 年	月 月	日 日	日間	支 給 金 額	法定	円
	装具装着					附加		円	
	平・令	年	月	日					
									区分
									本人・家族・6歳 高齢一・高齢7 (該当に○印)
									入力受付No.

(被保険者  
被扶養者) 療養費支給申請書

被 保 者 番 号	5 1 2 3 4 5 6	被 保 者 氏 名	健 保 太 郎 (印)		
		生 年 月 日	昭和・平成 45 年 7 月 2 日生 満 48 歳		
被 保 者 所 在	〇〇県〇〇市△△町1-1		被 保 者 属	〇〇株式会社〇〇支店△△部	
被 扶 養 者 に 係 る 申 請 者 の 氏 名	健 保 花 子	生 年 月 日	昭和 平成 令和	10 年 2 月 3 日 満 20 歳	続 柄 長女
傷 病 名	前十字靭帯断裂		傷 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	平成・令和 元年 5 月 1 日 18 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 被 保 者 証 を 使 用 で き 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 う け た 病 院 等	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	自平成・令和 至平成・令和	元 年 年	5 月 月	1 日 日	日間
診 療 に 要 し た 金 額	¥ 23,381		別紙証ひょう のとおり		
第 三 者 の 行 為 に よ っ て 負 傷 し た と き	そ の 届 出 の 有 無	第 三 者 の 氏 名 及 住 所 (不 明 の と き は そ の 旨)			
	あ る ・ な い				

(注) 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。

(注) 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。

(注) 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。

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【備考】