健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書

申請日 令和　　年　　月　　日

被保険者が記入するところ

被保険者記号番号	―	事業所名称	TEL　　（　　）		
療養対象者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	療養対象者生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	被保険者との続柄	
申請理由 療養の給付を受けることができなかった理由を選んで□にチェックしてください。	□ ①医療機関にマイナ保険証・資格確認書等を提示できなかったため。 ※医療機関が作成した「診療報酬明細書」と「領収書」原本を添付 □ ②当健康保険組合の資格取得後または認定後に、前保険者の資格確認書等を使用したため。 ※前保険者から送付された「診療報酬明細書」と前保険者に支払った「領収書」原本を添付 □ ③医師の指示により、治療用装具を作成・購入したため。 ※装具の装着が必要である旨を示した「医師の意見書」と「装具の領収書」原本を添付 靴型装具の申請は、上記に加えて「靴の全体像が分かる写真」を添付 ※9歳未満の弱視斜視等の治療用眼鏡の申請には「指示書」と「眼鏡の領収書」原本を添付 ※弾性着衣等を購入した際の申請には「弾性着衣等装着指示書」と「弾性着衣等の領収書」原本を添付 □ ④その他　詳細記入→【　　】				
傷病名		発病または負傷の年月日	平成 令和　年　月　日 （負傷の場合は　　時頃）		
発病又は負傷の原因	※詳しくご記入ください。負傷の場合は「負傷原因届」をご提出ください。 業務上の負傷ですか　はい ・ いいえ 通勤中の負傷ですか　はい ・ いいえ	第三者行為による負傷ですか （交通事故や食中毒、他人からの暴行等）	はい ・ いいえ ↑「はい」の場合は、第三者行為による傷病届の提出が必要です。		
傷病の経過					
診察を受けた医療機関の名称		診察した医師の氏名			
上記の申請理由が ① ② の場合	診察期間 自　令和　年　月　日から 至　令和　年　月　日まで	療養に要した費用額	円		
上記の申請理由が ③ の場合	購入回数	初回 ・ 2回目以降 （前回購入日　年　月）	医師から装具装着の指示を受けた日	令和　年　月　日	
	装具装着日	令和　年　月　日	装具購入金額	円	

上記のとおり申請します。　令和　年　月　日

川口工業健康保険組合理事長　殿

〒　―　電話番号　（　　）

被保険者の住所

被保険者の氏名　生年月日　昭和 ・ 平成　年　月　日

委任状

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

事業主を代理人として健康保険組合より支給される本請求金額全額の受取り方の件を委任いたします。

被保険者の氏名

※退職後等の申請で、上記に委任しない場合は、川口工業健康保険組合にお申し出下さい。

社会保険労務士記入欄

受付日付印

健保使用欄				
区分	本人 ・ 六歳 ・ 家族 ・ 高一 ・ 高7 ※被扶養者で高7の場合でも、被保険者が70歳未満の場合は高一該当	治療用装具	初回 ・ 2回目以降　前回　年　月　日 耐用年数　年　※17歳以下は使用年数	
小児弱視	初回 ・ 2回目以降　前回　年　月　日 □ 5歳未満（1年以上） □ 5歳以上9歳未満（2年以上）	≪備考等≫		レセ確認
弾性着衣	初回 ・ 2回目以降 前回　年　月　日（※前回より6ヵ月経過後）			