

同 年 月 日	年 月 日	資 格 得 喪 始 終	年 月 日	常 務 理 事	事 務 長	担 当 者
支 給 額	拾 万 万 千 百 拾 円	前 回	年 月 日			
支 払 決 議 書	種 目	厚 生 保 険 特 別 会 計	健 康 勘 定			
	初 診	請 求	査 定			
	再 診					
	往 診					
	投 薬					
	注 射					
		合 計				
		一 部 負 担 金				

① 被保険者名をご記入ください。
 ※受診者が被扶養者(家族)であつても申請者は被保険者となります。
 ※被保険者が死亡の場合は、相続人の方が申請者となります。

② 受診者が被扶養者(家族)の場合はご記入ください。(受診者が被保険者の場合は記入不要)

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (その1)

(1) 記号・番号	記号 ○	(2) 被保険者 (申請者) の 氏名・生年月日	① 健保 太郎	
	番号 ○○○○		昭和・平成・令和 ○○年 ○月 ○日	
(3) 被保険者 (申請者) の 住所	(〒○○○-○○○) 東京都千代田区外神田○-○○-○		TEL 090 (○○○) ○○○	※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
(4) 事業所の 名称 住所	三菱UFJニコス株式会社 東京都東京都文京区本郷3-33-5		TEL 03 (○○○) ○○○	
(5) 受診者が家族 (被扶養者) の 場合	氏名 ② 健保 花子	生年月日 昭和 平成 令和 ○○年 ○月 ○日	被保険者 との 続柄	長女
(6) 傷 病 名	急性気管支炎	(7) 診療を受けた 医療機関等	名称 □□病院	療養を担当した 医師氏名 ○○ ○○
			所在地	沖縄県○市○1-2-3
(8) 工作中、通勤途中 または第三者行為 によるものですか	<input checked="" type="checkbox"/> いえ <input type="checkbox"/> はい ⇒裏面4をご確認ください			
(9) 発 病 また は 負 傷 の 原 因 及 び そ の 経 過	いつ 平成 令和 ○年 ○月 ○日	(どこで) 家族旅行先のホテルで	(何をして)	急に熱がでてしまつて
(10) 立 替 払 い の 場 合	診療の期間 (支給期間) ⑤	自 年 月 日	日数	診療区分
		至 年 月 日	○ 日	入院の場合、その入院期間
			入院・外来	自) 平成・令和 年 月 日
				至) 平成・令和 年 月 日
(11) 治 療 用 装 具 の 場 合	装着日 ⑥	平成 令和 年 月 日	入院・外来	自) 平成・令和 年 月 日
				至) 平成・令和 年 月 日
(12) 診 療 の 内 容		(13) 診 療 に 要 し た 費 用 の 額	⑧ 6,900 円	
(14) 診 療 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な かつ た 理 由	⑦ ① 保険証を持っていなかったため (理由: 旅行先で保険証を持参していなかったため) ② 誤って前の保険証を使用したため ③ 治療用装具を作成したため			

③ 「いいえ」もしくは「はい」にチェックしてください。「はい」の場合には「記入上のご注意」4をご確認ください

④ 日付について けがの場合は「負傷日」、けが以外の場合は「発症日または療養開始日」

⑤ 立替払いの場合はご記入ください。

⑥ 立替払いの場合は記入不要です。

⑦ 理由が「1」の場合は、保険証を提示できなかった理由を詳しくご記入ください。
 【例】「保険証を受け取る前だった」等

⑧ (14)の理由が
 ・「1」の場合→医療機関等の窓口で支払った金額
 ・「2」の場合→前の保険者に返還した金額

領収書の返却 希望する ・ 希望しない *どちらかに○印をしてください

・記号・番号を記入した場合は不要です。
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄

*在籍者の振込先は給与口座になりますので記入は不要です。
 被保険者が死亡した場合は請求者の金融機関をご記入ください。

受 付 日 付 印

(15) 振込希望口座	銀行	支店
預金の種別	口座番号	フリガナ
<input type="checkbox"/> 普通		口座名義
<input type="checkbox"/> 当座		

同 年 月 日	年 月 日	資 格 得 喪 始 終	年 月 日	常 務 理 事	事 務 長	担 当 者
支 給 額	拾 万 万 千 百 拾 円	資 格 前 回	年 月 日			
支 払 決 議 書	年度	厚生保険特別会計	健康勘定	記 入 不 要	費 定	
	種 目	請 求	査 定			
	初 診					
	再 診					
	往 診					
投 薬				合 計		
注 射				一 部 負 担 金		

① 被保険者名をご記入ください。
 ※受診者が被扶養者(家族)であっても申請者は被保険者となります。
 ※被保険者が死亡の場合は、相続人の方が申請者となります。

② 受診者が被扶養者(家族)の場合はご記入ください。(受診者が被保険者の場合は記入不要)

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (その1)

(1) 記号・番号	記号 ○	(2) 被保険者 (申請者) の 氏名・生年月日	① 健保 太郎	
	番号 ○○○○		昭和・平成・令和 ○○年 ○月 ○日	
(3) 被保険者 (申請者) の 住所	(〒○○○-○○○) 東京都千代田区外神田○-○○-○		TEL 090 (○○○) ○○○	※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
(4) 事業所の 名称 住所	三菱UFJニコス株式会社 東京都東京都文京区本郷3-33-5		TEL 03 (○○○) ○○○	
(5) 受診者が家族 (被扶養者) の 場合	氏名 ② 健保 花子	生年月日 昭和 平成 令和 ○○年 ○月 ○日	被保険者 との 続柄	長女
(6) 傷 病 名	右膝前十字靭帯損傷	(7) 診療を受けた 医療機関等	名称 □□整形外科	療養を担当した 医師氏名 ○○ ○○
			所在地	東京都文京区○○1-2-3
(8) 工作中、通勤途中 または第三者行為 によるものですか	<input checked="" type="checkbox"/> いえ <input type="checkbox"/> はい ⇒裏面4をご確認ください			
(9) 発 病 また は 負 傷 の 原 因 及 び そ の 経 過	いつ 平成 令和 ○年 ○月 ○日	どこで 学校の部活動中 (バレーボール)	何を(して) ジャンプして着地した際に転倒して負傷	
(10) 立 替 払 い の 場 合	診療の期間 (支給期間) ⑤	自 年 月 日	診療区分	入院の場合、その入院期間
		至 年 月 日	入院・外来	自) 平成・令和 年 月 日
				至) 平成・令和 年 月 日
(11) 治 療 用 装 具 の 場 合	装着日 ⑥ 平成 令和 ○年 ○月 ○日	入院・外来	自) 平成・令和 ○年 ○月 ○日	○○日間
			至) 平成・令和 ○年 ○月 ○日	
(12) 診 療 の 内 容		(13) 診 療 に 要 し た 費 用 の 額	⑦ 89,500 円	
(14) 診 療 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由	1. 保険証を持っていかなかったため (理由:) 2. 誤って前の保険証を使用したため ③ 治療用装具を作成したため			

③ 「いいえ」もしくは「はい」にチェックしてください。「はい」の場合には「記入上のご注意」4をご確認ください

④ 日付についてけがの場合は「負傷日」、けが以外の場合は「発症日または療養開始日」

⑤ 治療用装具の場合は記入不要です

⑥ 治療用装具の場合はご記入ください

⑦ 治療用装具の購入金額をご記入ください。

領収書の返却 希望する ・ 希望しない *どちらかに○印をしてください

・記号・番号を記入した場合は不要です。
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄

*在籍者の振込先は給与口座になりますので記入は不要です。
 被保険者が死亡した場合は請求者の金融機関をご記入ください。

受 付 日 付 印

(15) 振込希望口座	銀行	支店
預金の種別	口座番号	フリガナ
<input type="checkbox"/> 普通		口座名義
<input type="checkbox"/> 当座		

記入上のご注意

1. (1)記号・番号は保険証に記載されています。
2. (5)は家族(被扶養者)の療養による申請の場合のみ記入してください。
3. (7)は診療を受けた医療機関、調剤薬局等について記入してください。
※医師氏名、薬剤師氏名が不明の場合は空欄としてください。
4. (8)が「はい」の場合で、傷病の原因が工作中または通勤途中によるもので、労災に該当するときにはご申請いただけません。労災に該当するかは、労働基準監督署にご確認ください。
第三者行為によるものであるときは、別途「第三者行為による傷病届」が必要になります。
申請前に当組合までご連絡ください。
5. (14)は該当する数字をマルで囲んでください。1. に該当する場合は、理由も併せて記入してください。
6. 記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記入者の氏名(サイン)を記入してください。

【添付書類】

申請事由	添付書類
やむを得ない理由により、保険証を提出することができず 自費で診療を受けたとき	<ol style="list-style-type: none"> ① 診療報酬明細書(レセプト)の原本、または「療養費支給申請書(その2)」の「領収(診療)明細書」に医療機関にて診療内容の証明を受けたもの ※傷病名、薬剤名、検査名、処置名、手術名等の記載があるもの ② 領収書の原本
国民健康保険など他の保険者の保険証を使用し、医療費の返還を行ったとき	<ol style="list-style-type: none"> ① 診療報酬明細書(レセプト)の写し ※封を開けずに添付してください ② 医療費を返還した際の領収書の原本
治療用装具(コルセット)	<ol style="list-style-type: none"> ① 保険医の意見書の原本(医師が治療上装具を必要と認め、かつ装着日の確認できる証明書) ② 領収書と明細書(内訳表)の原本(①の医師の指示日以降の支払日のもの)
小児弱視等の治療用眼鏡等	<p>※9歳未満の小児で、「弱視」、「斜視」、「先天性白内障術後の屈折矯正」のため作成した治療用眼鏡およびコンタクトレンズが対象。 (※アイパッチ、フレネル膜プリズムは保険対象外。)</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 療養担当に当たる保険医の治療用眼鏡等の作成指示等の写し (弱視等のための治療用眼鏡を作成指示されたことが確認できる内容のもの) ② 患者の検査結果の写し(①に検査結果の記載がある場合は不要) ③ 領収書の原本(フレーム、レンズ等それぞれの価格の内訳、対象児の名前が記載されており、①の医師の指示日以降の支払日のもの)
四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等	<p>※鼠径部、骨盤部もしくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍の術後に発生する四肢リンパ浮腫または原発性の四肢リンパ浮腫、慢性静脈不全による難治性潰瘍の治療に使用されるものが対象。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 療養担当に当たる医師の弾性着衣等の装着指示書の原本 (装着部位、手術年月日、処置年月日、着圧指示等が記入されているもの) ※「着圧指示」が30mmHg 未満の場合は、装着が必要な理由が「特記事項」欄に記載されていること。 ※「弾性包帯」の場合は包帯の装着を指示する理由が「特記事項」欄に記載されていること。 ② 領収書と明細書(内訳書)の原本(①の医師の指示日以降の支払日のもの)
生血	<ol style="list-style-type: none"> ① 輸血証明書の原本 ② 領収書の原本