健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

被保険者証の	記号 / 番号	事業所の名称	・被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記へ記載してください。 ・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。
氏名	（フリガナ）		生年月日　年　月　日 □ 昭和 □ 平成
住所	（〒　　－　　）		都 道 府 県
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）		

申請内容

1 受診者	□ 被保険者 □ 家族（被扶養者） → 氏名	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日
2 傷病名		4 負傷・発病の原因	□ ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。 □ 病気 → 下記に発病の原因を記載ください。 （　　）
3 負傷または発病年月日	令和　年　月　日		
5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	医師等の氏名
6 診療を受けた期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで	日数	日
上記のうち入院期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで	日数	日
7 診療の内容		8 療養に要した費用の額・装具等の代金	円
9 療養費支給申請の理由	□ 治療用装具を作成したため　装着指示を受けた日　令和　年　月　日　装着日　令和　年　月　日 □ 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため □ 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため □ 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため □ その他（　　）		

振込先指定口座

金融機関名称	□ 三菱UFJ銀行（口座をお持ちの方はご協力ください） □ 三菱UFJ銀行以外を指定	金融機関コード　銀行 金庫 組合	支店コード　本店 支店 出張所
預金種別	□ 普通 □ 当座 □ その他（　　）	口座番号	口座名義（ﾌﾘｶﾞﾅ）

↓ 被保険者（申請者）以外の口座へ振込希望の場合のみ下記「受取代理人の欄」へご記入ください。

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。　令和　年　月　日 氏名　　住所　「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
代理人（口座名義人）	（〒　　－　　）　TEL　（　　） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名	委任者と代理人との関係

受付日付印

添付書類

【治療用装具等・弾性着衣等・小児治療用眼鏡等の場合】

◆領収書（品名、種類、費用内訳等が記載された領収書）

- 治療用装具等
  - ◆医師の意見および装具装着証明書
  - ◆靴型装具の場合は併せて装具の現物写真
- 弾性着衣等
  - ◆弾性着衣等装着指示書
- 小児治療用眼鏡等
  - ◆眼鏡等作成指示書

【立替払の場合】

◆診療報酬明細書（院外処方は調剤報酬明細書）　◆領収書

【生血の場合】

◆輸血証明書　◆領収書

【臍帯血を搬送した場合】

◆領収書（搬送に要した費用を証明した領収書）

◆傷病名、搬送理由、搬送元・区間（詳細な経路）・期間・回数の事項を記載した医師または歯科医師の意見書

【入院時の食事療養費に差額が生じた場合】

◆領収書（食事療養について支払った費用を証明した領収書）
※限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受けた者に限る

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

大阪装粧健康保険組合（R4.2）