

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

被 保 険 者 情 報	記号	番号	事業所名	
	氏名	生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	住所	〒 -		
	電話番号	()		
	診療の内容	本申請をもって下記の請求をします。 <input type="checkbox"/> 立替払い <input type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 鍼灸 <input type="checkbox"/> 按摩・マッサージ		
	受領委任	◎ 在籍中の保険給付金受領は、事業所が定めた受領責任者になります。 本申請に基づく保険給付金は、下記受領責任者に委任します。 令和 年 月 日 受領責任者氏名 ⑩		

「被保険者(申請者)記入用②」に続きます。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

申請内容	被保険者氏名						
	今回請求の 該当者 (被保険者の場合は「続柄」に本人とご記載ください。)	氏名				続柄	
		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	傷病名		発病又は 負傷 年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日	
	発病又は負傷の原因及びその経過概要				第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	診療を受けた 医療機関等	名称				診療した 医師名	
		住所					
	診療を受けた期間	年 月 日 ~		年	月	日	
	療養費の給付を受けることができなかった理由	「立替払い」の場合 <input type="checkbox"/> 別紙「顛末書」に経緯を記載					
		「治療用装具、鍼灸、按摩・マッサージ」の場合 <input type="checkbox"/> 保険適用されていない為					

この下は、添付書類一覧です。

ここまでが「被保険者(申請者)記入用②」になります。

◎療養費の申請には次の添付書類が必要になります。

「立替払い」	1. 顛末書 2. 診療報酬明細書 3. 領収書(原本)	「鍼灸」	1. 医師の同意書(はり・きゅう用) 2. (被保険者・被扶養者)施術明細書(はり・きゅう用) 3. 施術領収書(原本)
「治療用装具」	1. 医師の指示書 2. 領収書(原本) 3. 領収書の明細(写し)	マツ「按摩・マッサージ」	1. 医師の同意書(あんま・マッサージ・指圧用) 2. (被保険者・被扶養者)施術明細書(あんま・マッサージ・指圧用) 3. 施術領収書(原本)

※ 傷病名が外傷性の場合、このほかに「傷病発生原因の理由書」の添付が必要です。

※ 「領収書」を医療助成等の請求で使用される場合は、をしてください。原本証明の「領収書」写しを、支給通知書と一緒に送ります。「領収書」
使用します