1	2

被保険者(申請者)記入用①

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書

被保険者情報	事業所記号		被保険者整理番号	事業所名	
	氏名			生年月日	□ 昭和 □ 平成　年　月　日
	住所	〒　－ TEL　－　－			
	診療の内容	本申請をもって下記の請求をします。 □ 立替払い　□ 治療用装具　□ 鍼灸　□ 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　㊞			

「被保険者(申請者)記入用②」に続きます。

社会保険労務士記載欄	

受付印

被保険者(申請者)記入用②

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書

申請内容	請求者		生年月日	□ 昭和 □ 平成 年 月 日 □ 令和	続柄	
	傷病名					
	発病又は負傷年月日	□ 平成 □ 令和 年 月 日	第三者行為によるものですか	□ はい □ いいえ		
	発病又は負傷の原因及び経過概要					
	診療を受けた医療機関等 名称					
	診療を受けた医療機関等 住所					
	診療を受けた期間	年 月 日 ～ 年 月 日	診療医師名			
	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	「治療用装具、鍼灸、按摩・マッサージ」の場合			
		□ 別紙「顛末書」に経緯を記載	□ 保険適用されていない為			

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)	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は、このほかに**「被保険者負傷原因理由書」**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お送りします。

「領収書」使用します	□