

療養費支給申請書

記入例

豊田自動車機械健康保険組合 御中

提出日 令和元 年 5 月 30 日

保険証の 記号番号	記号・番号は、ご自身の保険証の氏名の上に記載 してありますのでご確認の上、ご記入ください。			保険者 氏名	健保 太郎			
連絡先 住所 電話番号	〒 999 - 9999 愛知 都道 健康市保険町〇-〇			自宅TEL (0566) 21 - 6543 携帯TEL (090) 1234 - 5678 内線 (99) - 9999				
会社名	株式会社 〇〇〇〇							
所属	〇〇工場 〇〇部 〇〇課 〇〇組							
療養を受けた 方が被扶養者 の場合	氏名	健保 花子	続柄	妻	生年月日	平成 3 年 3 月 3 日		
傷病名	右足アキレス腱断裂			発病または負傷 年月日	令和元 年 5 月 5 日			
発病または 負傷の原因	いつ・どこで・なにをしていてどうしたなどできるだけ詳しく□ 公園で子どもとサッカーをして遊んでいた時に負傷			業務上や交通事故 やケンカなどによる ものですか	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <small>申請前に健保組合までお 問い合わせください</small> <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
申請する理由と 添付書類 (すべて原本) (一部写し) ・該当する申請理 由の□に✓を付 けてください。 ・添付書類を確認 して□に✓を付 けてください。	申請理由等			必要添付書類 (すべて原本(一部写し))				
	<input type="checkbox"/> ①保険証不携帯による医療費全額自己負担			<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書(レセプト) ※調剤薬局の場合は 調剤報酬明細書				
	<input type="checkbox"/> ②海外での診療 療養を受けた海外の医療機関等に当健保が文書 等により当申請内容を照会することに同意します。 被保険者氏名(自筆)			<input type="checkbox"/> 診療内容明細書 領収書 (要 双方とも日本語訳付き) <input type="checkbox"/> 海外渡航の事実を確認できる書類の写し				
	<input checked="" type="checkbox"/> ③治療用装具(コルセット等)の作製・購入			<input checked="" type="checkbox"/> 医師の証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 領収書 <input checked="" type="checkbox"/> 装具作製確認書 <input checked="" type="checkbox"/> 写真 { <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> メール送信(送信日 5 / 30)				
	<input type="checkbox"/> ④治療用眼鏡の製作・購入			<input type="checkbox"/> 医師の作成指示書 (病名・検査結果記載あり) <input type="checkbox"/> 領収書 (受療者名義、消費税額明記あり)				
	<input type="checkbox"/> ⑤中学生以下または医療費助成受給の方の 高額療養費・付加金請求			<input type="checkbox"/> 領収書				
<input type="checkbox"/> ⑥ その他()			<input type="checkbox"/> 裏面参照					
医療助成の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 ※有の場合は該当する項目の□に✓を付けてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 乳幼児(子ども)医療 <input type="checkbox"/> 障害者医療 ※補装具は申請不可 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 <input type="checkbox"/> その他()							
領収書金額	15,000円			※領収書等のコピーが必要な方は健康保険へ 申請する前にコピーを取っておいてください。				
★下記振込先は会社を退職した方や任意継続の方のみご記入ください。								
振 込 先	銀行	本店	預金種目	普通	口座番号			
	信用金庫	支店						
	農協	出張所						
	銀行コード	支店コード						
	口座名義 (被保険者名義のみ)		カタカナで記入			ゆうちょ銀行は振込用の店名・ 口座番号をご記入ください		

健 保 記 入 欄	決定事項	支給・不支給(理由)		
	対象者	被保険者・被扶養者・未就学児・高齢者(才割)		
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ / 現役並み ・一般 / 多数該当		
	療養費	×0.	=	円
	高額療養費	{ (×0.) - [+ (-) × 1%] }	=	円
	付加金	×0.	-20,000 =	円
	支給額	円		
決 裁	常務理事	事務長	GM	担当

健保受付印

(R5.1.1改訂)