

資格取得年月日	年 月 日	支給期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	決議 年 月 日
資格喪失年月日	年 月 日	療 養 費			円	
療養に要した額	円	第二家族療養費				常務理事
(算出基礎)		一部負担還元金				事務長
		家族療養費付加金				担当者
		計(支給金額)				

保険証を提示できないとき
 家族は2枚目を
 装具購入のときは3枚目をご覧ください

被保険者 療養費支給申請書
 家 族

平成〇〇年 〇月 〇日提出

被保険者証 記号・番号	〇〇 - 〇〇〇〇〇	被保険者の 氏名及び印	健保 太郎 印	
被保険者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 西宮市〇〇町〇〇番地〇〇 (TEL 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)			
事業所名称	伊藤ハム株式会社 ※保険証の事業所名称をご記入ください。			
所属部署名	〇〇〇〇〇			
被扶養者のものであるとき	氏名		年 月 日生	被保険者との続柄
傷 病 名	〇〇〇〇〇	発病または 負傷年月日	〇〇年 〇月 〇日	
発病または 負傷の原因	〇〇〇〇〇〇〇のため		薬局の場合(別紙にて提出)	
療養を受けた 病院など	所在地	西宮市〇〇町〇〇番地〇〇	西宮市〇〇町〇〇番地〇〇	
	名称	〇〇〇〇〇病院	〇〇〇〇薬局	
療養の内容	診察、処方箋の交付を受ける……など		処方箋により、薬の処方を受ける	
療養の期間	〇〇年 〇月 〇日 から	〇日間	療養に要 した費用	¥ 〇〇,〇〇〇-
外国での受診 であるときは	国 名		外貨総請求額	
	通貨単位		邦貨換算率	1 = ¥
保険医療を受けることが できなかった理由(詳細に)	例1: 保険証不携帯で受診したため、医療費を全額自己負担することとなった 例2: 資格取得手続中に受診したため、医療費を全額自己負担することとなった			
公費負担(乳身老その他の医療証)の有無を○で囲んで下さい				有・無

- (注意) ①支給される金額は、健康保険法で定められている金額ですので、被保険者が実際に支払った金額とは同じ額でないことがあります。
 ②コルセットなどの治療用装具を購入したときは、医師の証明書、または意見書と領収明細書の原本を添付してください。
 ③保険医療機関以外で療養を受けたとき及び通勤災害・業務上災害は支給されません。

振込先 (被保険者)	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義人(フリガナ)
	△△△△銀行	△△△△支店	普通預金	△△△△△△△	ケンボ タロウ 健保 太郎

※ゆうちょ口座は不可

資格取得年月日	年 月 日	支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	円	決議	年 月 日
資格喪失年月日	年 月 日	療 養 費					
療養に要した額	円	第二家族療養費				常務理事	事務長 担当者
(算出基礎)		一部負担還元金					
		家族療養費付加金					
		計(支給金額)					

保険証を提示できないとき
被保険者は1枚目を
装具購入のときは3枚目をご覧ください

被保険者 療養費支給申請書
家 族

平成〇〇年 〇月 〇日提出

被保険者証 記号・番号	〇〇 - 〇〇〇〇〇	被保険者の 氏名及び印	健保 太郎 <input checked="" type="checkbox"/>	
被保険者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 西宮市〇〇町〇〇番地〇〇 (TEL 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)			
事業所名称	伊藤ハム株式会社 ※保険証の事業所名称をご記入ください。			
所属部署名	〇〇〇〇〇			
被扶養者のものであるとき	氏名	健保 花子	〇〇年 〇月 〇日生	被保険者との続柄 妻
傷病名	〇〇〇〇〇	発病または 負傷年月日	〇〇年 〇月 〇日	
発病または 負傷の原因	〇〇〇〇〇〇〇のため		薬局の場合 (別紙にて提出)	
療養を受けた 病院など	所在地	西宮市〇〇町〇〇番地〇〇	西宮市〇〇町〇〇番地〇〇	
	名称	〇〇〇〇〇病院	〇〇〇〇薬局	
療養の内容	診察、処方箋の交付を受ける …… など		処方箋により、薬の処方を受ける	
療養の期間	〇〇年 〇月 〇日 から 〇〇年 〇月 〇日 まで	〇日間	療養に要 した費用	¥ 〇〇,〇〇〇-
外国での受診 であるときは	国名		外貨総請求額	
	通貨単位		邦貨換算率	1 = ¥
保険医療を受けることが できなかった理由 (詳細に)	例1: 保険証不携帯で受診したため、医療費を全額自己負担することとなった 例2: 扶養認定手続中に受診したため、医療費を全額自己負担することとなった			
公費負担 (<input checked="" type="checkbox"/> 乳 <input checked="" type="checkbox"/> 身 <input checked="" type="checkbox"/> 老 その他の医療証) の有無を○で囲んで下さい				有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無

- (注意) ①支給される金額は、健康保険法で定められている金額ですので、被保険者が実際に支払った金額とは同じ額でないことがあります。
②コルセットなどの治療用装具を購入したときは、医師の証明書、または意見書と領収明細書の原本を添付してください。
③保険医療機関以外で療養を受けたとき及び通勤災害・業務上災害は支給されません。

振込先 (被保険者)	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義人 (フリガナ)
	△△△△銀行	△△△△支店	普通預金	△△△△△△△	ケンボ タロウ 健保 太郎

※ゆうちょ口座は不可

資格取得年月日	年 月 日	支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	決議 年 月 日		
資格喪失年月日	年 月 日	療 養 費		円			
療養に要した額	円	第二家族療養費			常務理事	事務長	担当者
(算出基礎)		一部負担還元金					
		家族療養費付加金					
		計(支給金額)					

治療用装具を購入したとき

被保険者 療養費支給申請書
家 族

家族の場合は下部もご記入ください

平成〇〇年 〇月 〇日提出

被保険者証 記号・番号	〇〇 - 〇〇〇〇〇	被保険者の 氏名及び印	健保 太郎 印	
被保険者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 西宮市〇〇町〇〇番地〇〇 (TEL 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)			
事業所名称	伊藤ハム株式会社 ※保険証の事業所名称をご記入ください。			
所属部署名	〇〇〇〇〇			
被扶養者のものであるとき	氏名	年 月 日生	被保険者との続柄	
傷病名	〇〇〇〇〇	発病または 負傷年月日	〇〇年 〇月 〇日	
発病または 負傷の原因	〇〇〇〇〇〇〇のため			
療養を受けた 病院など	所在地	西宮市〇〇町〇〇番地〇〇		
	名称	〇〇〇〇〇病院		
療養の内容	医師が、治療のために装具の必要性を認める			
療養の期間	〇〇年 〇月 〇日 から 〇〇年 〇月 〇日 まで	〇日間	療養に要 した費用	¥ 〇〇,〇〇〇-
外国での受診 であるときは	国名		外貨総請求額	
	通貨単位		邦貨換算率	1 = ¥
保険医療を受けることが できなかった理由(詳細に)	治療用装具の製作会社は保険医療機関ではないため 療養の給付を受けることができなかった			
公費負担 (乳身老)その他の医療証)の有無を○で囲んで下さい				有 ・ 無

- (注意) ①支給される金額は、健康保険法で定められている金額ですので、被保険者が実際に支払った金額とは同じ額でないことがあります。
②コルセットなどの治療用装具を購入したときは、医師の証明書、または意見書と領収明細書の原本を添付してください。
③保険医療機関以外で療養を受けたとき及び通勤災害・業務上災害は支給されません。

振込先 (被保険者)	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義人(フリガナ)
	△△△△銀行	△△△△支店	普通預金	△△△△△△△	ケンボ タロウ 健保 太郎

※ゆうちょ口座は不可