

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)		高額療養費					
		入院時食事・生活療養費					
		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 西宮市〇〇町〇〇-〇〇 (TEL 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)			
事業所名称	伊藤ハム株式会社			
所属部署名	〇〇〇〇〇			
被扶養者のものであるとき	氏名	昭和 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	平成 〇〇年 〇月 〇日	
発病又は 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	西宮市〇〇町〇〇-〇〇		西宮市〇〇町〇〇-〇〇
	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	平成 〇〇年 〇月 〇日 から 平成 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: 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 (<input checked="" type="radio"/> 乳 <input checked="" type="radio"/> 身 <input checked="" type="radio"/> 老 その他の医療証) の有無を○で囲んでください				有 ・ 無

- (注意) ①受診者ごと・医療機関ごと・診療月ごとに1枚の用紙に記入し、領収書(原本)と診療報酬明細書(レセプト)等の診療内容を記載した書類を添付してください。
 ②コルセットなどの治療用装具を購入したときは、「医師の意見書・作成指示書等」の原本と「領収明細書」の原本及び「装具の写真」を添付してください。
 ③発病又は負傷の原因を必ずご記入ください。業務上災害・通勤災害による傷病の場合は支給されません。他人の行為による傷病の場合は、健康保険組合へご連絡ください。

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

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)		高額療養費					
		入院時食事・生活療養費					
		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 記号一番号	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 西宮市〇〇町〇〇-〇〇 (TEL 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)			
事業所名称	伊藤ハム株式会社			
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	昭和 〇〇年 〇月 〇日生 平成	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	平成 〇〇年 〇月 〇日	
発病又は 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	西宮市〇〇町〇〇-〇〇	西宮市〇〇町〇〇-〇〇	
	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	平成 〇〇年 〇月 〇日 から 平成 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="radio"/> 乳 <input checked="" type="radio"/> 身 <input checked="" type="radio"/> 老) その他の医療証) の有無を○で囲んでください				有 ・ 無

- (注意) ①受診者ごと・医療機関ごと・診療月ごとに1枚の用紙に記入し、領収書(原本)と診療報酬明細書(レセプト)等の診療内容を記載した書類を添付してください。
 ②コルセットなどの治療用装具を購入したときは、「医師の意見書・作成指示書等」の原本と「領収明細書」の原本及び「装具の写真」を添付してください。
 ③発病又は負傷の原因を必ずご記入ください。業務上災害・通勤災害による傷病の場合は支給されません。他人の行為による傷病の場合は、健康保険組合へご連絡ください。

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

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)		高額療養費					
		入院時食事・生活療養費					
		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

家族の場合はこちらもご記入ください

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 西宮市〇〇町〇〇-〇〇 (TEL 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)			
事業所名称	伊藤ハム株式会社			
所属部署名	〇〇〇〇〇			
被扶養者のものであるとき	氏名	昭和 平成	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	平成 〇〇年 〇月 〇日	
発病又は 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	西宮市〇〇町〇〇-〇〇		
	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	平成 〇〇年 〇月 〇日 から 平成 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○で囲んでください				有 ・ 無

- (注意) ①受診者ごと・医療機関ごと・診療月ごとに1枚の用紙に記入し、領収書(原本)と診療報酬明細書(レセプト)等の診療内容を記載した書類を添付してください。
②コルセットなどの治療用装具を購入したときは、「医師の意見書・作成指示書等」の原本と「領収明細書」の原本及び「装具の写真」を添付してください。
③発病又は負傷の原因を必ずご記入ください。業務上災害・通勤災害による傷病の場合は支給されません。他人の行為による傷病の場合は、健康保険組合へご連絡ください。

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