

提出先: 健保

# 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書

あんま・はり・きゅうの申請は、「療養費支給申請書あんま・マッサージ用」または「療養費支給申請書はり・きゅう用」を使用し申請してください。

① 被保険者の 記号-番号と氏名	記号-番号	-	被保険者 氏名	年齢	歳
② 事業所(会社)の名称 及び所在地	名称	所在地		〒	
③ 被扶養者に関する 申請のとき	氏名	生年 月日	昭・平 令	年 月 日	被保険者 との続柄
④ 傷 病 名			⑤ 発病名または負 傷の年月日	年 月 日	
⑥ 発病または負傷の原因					
⑦ 傷病の経過					
⑧ 診療または手当を受けた 医療機関の名称・所在地 及び医師の氏名	名称			医師 氏名	
	所在地	〒		TEL	
⑨ 診療または手当の内容					
⑩ 診療または手当を 受けた期間	年 月 日 ~	年 月 日	⑫ 装着日	年 月 日	
	日間		⑬ 診療または 手当に要した 費用の額	円	
⑪ 入院期間	年 月 日 ~	年 月 日	支 給 額 (健保記入)	円	
⑭ 療養費の支給申請 をする理由※1 (該当する番号に『○』)	1. 医療費を全額自己負担した(立替払い) (理由: ) 2. ユアサ健康保険組合に加入前の資格情報で受診し、以前の医療保険者に医療費を返還した 3. 医師の指示により治療用装具を作成した 4. 医師の指示により弾性着衣を購入した 5. 医師の指示により小児用めがねを作成した 6. その他( )				
⑮ 第三者行為による 負傷であるとき	その事実と 届出の有無				
	加害者 の氏名			加害者 の住所	〒  TEL
⑯ 振込先 ※2 (被保険者口座) (ゆうちょ銀行不可)	銀行 金庫 組合		支店	普通 ・ 当座	No.
					フリガナ  口座 名義
⑰ 上記のとおり申請します。					年 月 日
住所 〒		被保険者の 氏名		TEL	
					ユアサ健康保険組合理事長 殿

**(注意事項)**

※1 ⑭該当理由により、必要書類が異なりますのでご注意ください。

1・2 : 医療機関(または薬局)等の領収書の原本、診療報酬明細書(レセプト)

3・4・5 : 医療機関または装具業者等の領収書の原本、医師の指示書(『靴型装具』の場合は、下記画像①~⑤も必要です)

靴型装具の撮影方法: ① 購入時にためし履きをしているところ、② 靴と領収証と一緒に撮影したもの、③ 正面、④ 裏側(正面と反対側)、⑤ 下(底)

※2 ⑯振込先は申請対象者が被扶養者(家族)であっても、被保険者の口座を記入してください。