

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・氏名・年齢	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	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者 との続柄 (例：妻・長男等)
④ 傷 病 名								
⑤ 発病または負傷の原因 及びその経過	い つ	令和 年 月 日		どこで				
	何をしていて どうなったか							
⑥ 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		
⑦ 診療または手当の内容								
⑧ 診療または手当を 受けた期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日				⑨ 治療用装具 の装着日	令和 年 月 日		
	日間				⑩ 診療または 手当に要した 費用の額	円		
⑪ 入院 した 期 間	令和 年 月 日～令和 年 月 日				⑫ 支 給 額 (健保組合記入 欄)	円		
⑬ 療養費の支給申請 をする 理 由 ※1 (該当する番号に『○』)	1. マイナ保険証または資格確認書を提示できなかった 2. マイナンバーカードリーダーの不具合のため 3. ユアサ健康保険組合に加入前の健康保険資格を使用し以前の保険者に医療費を返還したため 4. 医師の指示により治療用装具を作成した 5. 医師の指示により弾性着衣を購入した 6. 医師の指示により小児用めがねを作成した 7. その他()							
⑭ 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			
⑮ 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		
ユアサ健康保険組合理事長 殿								
⑯	上記のとおり申請します。				令和 年 月 日			
住所 〒								
被保険者の 氏 名 ⑰								
TEL								
☐ 本申請書の提出を事業主(会社)へ委任します。(委任する場合は☑)								

(注意事項)
※1 ⑬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・3: 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)
4・5・6: 医療機関または装具業者等の領収書の原本、医師の指示書の原本(『靴型装具』の場合は下記画像①～⑤も必要です(インソールは不要))
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 ⑮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。