

提出先:健保組合

見本:立替払い

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	0000-0000		被保険者 氏 名	00 00		年齢	XX 歳
② 事業所(会社)の名称 及び所在地	名 称	000 (株)		所在地	〒 XXX-XXXX 00県00市00			
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	歳 被保険者 との続柄 (例:妻・長男等)
④ 傷 病 名	熱中症							
⑤ 発病または負傷の原因 及びその経過	い つ	令和 XX 年 XX 月 XX 日		どこで	外出先の00公園			
	何を して いて どう な った か	長時間炎天下にいたため気分が悪くなった						
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	00 病院			医 師 氏 名	00 00		
	所在地	〒 XXX-XXXX 00県00市00 TEL 000-000						
⑦ 診療または手当の内容	診察の後、点滴を受けた							
⑧ 診療または手当を 受けた期間	和XX 年 XX 月 XX 日 ~ 令和XX 年 XX 月 XX 日			⑨ 治療用装具 の装着日	令和 年 月 日			
	1 日間			⑩ 診療または 手当に要した 費用の額	X,XXX 円			
⑪ 入 院 し た 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			⑫ 支 給 額 (健保記入欄)	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 (被保険者口座) (ゆうちょ銀行不可)	000	銀行 金庫 組合	000	支店	①普通 当座	No. XXXXXXXXX	フリガナ	00 00
							口座 名義	00 00
⑯	上記のとおり申請します。 令和 XX 年 XX 月 XX 日 住 所 〒 XXX-XXXX 00県00市00 被保険者の 氏 名 00 00 ㊞ TEL XXXX-XXXX ☐ 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☑) ユアサ健康保険組合理事長 殿							

(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。

提出先:健保組合

見本:装具作成

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	0000-0000		被保険者 氏 名	00 00		年齢	XX 歳
② 事業所(会社)の名称 及び所在地	名 称	000 (株)		所在地	〒 XXX-XXXX 00県00市00			
③ 被扶養者に関する 申請のとき	氏 名	00 00	生年月日	昭和 平成 令和	XX 年 XX 月 XX 日	XX 歳	被保険者 との続柄 (例:妻・長男等)	妻
④ 傷 病 名	右膝前十字靱帯損傷							
⑤ 発病または負傷の原因 及びその経過	い つ	令和 XX 年 XX 月 XX 日		どこで	近所のスーパーの駐車場			
	何を して いて どう な った か	歩行中に縁石につまづき転倒し負傷						
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	00 病院			医 師 氏 名	00 00		
	所在地	〒 XXX-XXXX 00県00市00 TEL 000-000						
⑦ 診療または手当の内容	医師の指示により、膝関節用装具を装着した							
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 XX 年 XX 月 XX 日			
	日間			⑩ 診療または 手当に要した 費用の額	X,XXX 円			
⑪ 入 院 し た 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			⑫ 支 給 額 (健保記入欄)	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 (被保険者口座) (ゆうちょ銀行不可)	000	銀行 金庫 組合	000	支店	①普通 当座	No. XXXXXXXXX	フリガナ	00 00
							口座 名義	00 00
⑯	上記のとおり申請します。 令和 XX 年 XX 月 XX 日 住 所 〒 XXX-XXXX 00県00市00 被保険者の 氏 名 00 00 ㊞ TEL XXXX-XXXX ☐ 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☑) ユアサ健康保険組合理事長 殿							

(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。