被保険者 家族　療養費支給申請書

被保険者・被扶養者記入欄

被保険者等	記号 1	番号 123456	被保険者氏名	健保　太郎	
事業所名・所属	株式会社ＩＨＩ（所属）総務部　総務課		生年月日	(和暦) ×× ○○ 年 10 月 10 日	
被保険者居所住所	〒 987 － 6543 東京都中央区佃五丁目３番２号		TEL	03（9999）8888	
被扶養者が受診した場合	氏名		生年月日	(和暦) 年 月 日	続柄
傷病名	外傷の場合は「傷病原因届」を添付 左十字靭帯断裂		発病又は負傷の年月日	(和暦) 年 月 日	
発病または負傷の原因	第三者行為により受傷した場合は「第三者による傷病届」を添付 ソフトボールの試合中にベースにスライディングした時。				
診療を受けた医療機関等	住所（所在地）	東京都○○区○○町○○			
	医療機関名	東京都立○○記念病院	診察した医師名	○ ○ ○ ○	
申請理由（該当理由に「レ」を入れてください）	[レ] 治療用装具（コルセット等）作成のため　[ ] 以前加入していた健康保険を使用したため [ ] 保険証の不携帯のため提示できず、１０割負担したため [ ] その他（　　）				
備考欄		被保険者等の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。（個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）**※記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。**			

治療用装具を装着する場合の医師の意見記入欄

装着年月日	(和暦) ×× ○○ 年 4 月 20 日	装着時	[ ] 入院　[レ] 外来
傷病名	左十字靭帯断裂	装具名	膝関節装具軟性

うえの傷病のため治療用装具の装着を認めます。
(和暦)
×× ○○ 年 4 月 30 日
住所（所在地）　東京都○○区○○町○○
医療機関名　東京都立○○記念病院
医師名　○ ○ ○ ○　　TEL 03（8888）8888

◎治療用装具を装着した場合は、上記に医師の意見を記入してもらい（証明書の添付でも可。ただし、入院・外来の種別記載があるもの）、領収証（原本）と明細書を添付してください。
◎医療機関で発行した診療報酬明細書（病名の記載が入ったもの）、調剤報酬明細書と領収証（原本）を添付してください。
◎この申請書は、受診者別、診療月別、医療機関別、調剤薬局別、入院・外来別に申請してください。

委任欄

本請求に基づく給付金に関する受領を事業主（代理人）に委任します。
(和暦)
×× ○○ 年 5 月 31 日
被保険者氏名　健保　太郎

在職者のみ記入

※退職された方のみご記入ください。（被保険者本人名義に限ります。）

受付日付印

※退職者記入欄

銀行コード	1234	支店コード	567	口座番号	8901234
みずほ	[レ] 銀行　[ ] 農協　[ ] 信金　[ ] 信組	赤坂	[ ] 本店　[レ] 支店	種別	[レ] 普通　[ ] 当座
フリガナ	ケンポタロウ				
名義人	健保太郎				

退職者のみ記入

ＩＨＩグループ健康保険組合　2024.12