極秘

※支出費目	款	保険給付費	項	法定給付費	目						係

支給決定並支出伺											
支給(出)金額	円	支給期間	自 令和 年 月 日								
支給決定日	令和 年 月 日		至 令和 年 月 日								
支給年月日	令和 年 月 日		日間								
1立替払い等	2治療用装具	3 あんまマッサージ師の施術	4 はりきゅう師の施術	5 生血							
施術回数 回	1 初回支給	施術回数 回		輸血回数 回							
	2 補修	医師の同意期間	自 年 月 日								
	3 再支給		至 年 月 日								
	※装着年月日	年 月 日									

資格		
	取得	昭・平・令 年 月 日
	喪失	令和 年 月 日
	期間	□1年以上／□1年未満

海外表示	備考欄
0 国内 1 海外	

※上の欄には記入しないでください。

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書

●**被保険者(申請者)の方は太枠欄に記入してください。**また記入上の注意事項をよくお読みください。

被保険者が記入する欄											
被保険者証の記号・番号								被保険者(申請者)氏名		事業所の名称	
記号					番号						
被保険者の生年月日								被保険者(申請者)の住所・電話等			
生年月日	□昭和 □平成 □令和	年	月	日				〒 － TEL. ( )			
療養が被扶養者に関する時はその者の	氏名					生年月日	□昭和 □平成 □令和	年	月	日	被保険者との続柄
傷病名		発病または負傷の原因及その経過	発病又は負傷年月日(療養開始日) 平・令 年 月 日 **傷病の原因が外傷等によるものである時は、別に「負傷原因届」をこの書類に添付してください。「組合所定の用紙」**					第三者の行為によるものですか	□ いいえ □ はい		
診療を受けた病院等	名称					診療した医師氏名					
	所在地										
診療の期間(支給期間)	自 年 月 日	日数	入院・入院外の別	□入院・□入院外	入院の場合左記の入院期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日数 日間			
診療に要した費用額	円	診療の内容			療養の給付を受けることが出来なかった理由	1 治療用装具の支給申請のため 2 健康保険加入手続き中で手元に被保険者証がなかったため 3 その他( )					
備考欄											

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記載してください。(マイナンバーを記載した場合、個人情報確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

■給付金の受領方を他人に委任する時は、下記の受取代理人の欄に必要事項を記入してください。

受取代理人欄	
	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。
	被保険者(申請者)の氏名及び印 ㊞ → 代理人の住所 氏名・印 電話等 ㊞

■委任しない場合は、上記の受取代理人欄には何も記入しないでください。

振込先指定口座							
金融機関コード		店番号		預金種別	普通・当座	口座番号	
□ 銀行 □ 金庫 □ 組合		□本店 □支店		口座名義人(カタカナ)			
□ ホームページ記載の注意事項を確認のうえ、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (受取代理人を指定する場合は利用できません。)							

社会保険労務士記載欄

受付日付印

添付書類台紙

1.被保険者様の記号番号および氏名をご記入ください。

記号番号		氏名	

2.ご準備いただいた書類に☑を入れ、添付部数をご記入ください。

a.【立替】当健保組合加入期間に以前加入の健康保険を利用してしまったとき

✓	必要な添付書類	部数	
	以前加入の健保組合・国民健康保険等が発行した領収書(原本)		部
	診療(調剤)報酬明細書(写) *※以前加入していた健保組合・国民健康保険等から送付されます。*		部
	負傷原因届 (※傷病の原因が外因の影響を受けたことによるものであるときのみ)		部

b.【立替】当組合の資格を確認出来ず、全額自費で支払ったとき

✓	必要な添付書類	部数	
	医療機関等の領収書(原本)		部
	診療(調剤)報酬明細書(写) *※お会計の際に発行される診療明細書・調剤明細書とは異なります。別途、医療機関・調剤薬局の窓口にて発行をご依頼ください。*		部
	負傷原因届 (※傷病の原因が外因の影響を受けたことによるものであるときのみ)		部

c. 治療用装具(コルセットなど)作成したとき

✓	必要な添付書類	部数	
	領収書(原本) ※装具の名称、種類、内訳等が記載されたもの		部
	医師の意見及び装具装着証明(診断書)の原本		部
	作成した治療用装具の現物写真(※靴型装具に限る)		部
	負傷原因届 (※傷病の原因が外因の影響を受けたことによるものであるときのみ)		部

d. 治療用眼鏡を作成したとき

✓	必要な添付書類	部数	
	治療用眼鏡等の領収書(原本)		部
	保険医の作成指示書および検査結果のわかる書面(コピー)		部

3.添付書類を右ののりしろ枠に糊付けください。

※*両面に印字等がある書類*、*診療報酬明細書等が封入されている厳封封筒*、*A4サイズ以上の書類*は、本台紙にホチキスで止めてご提出ください。

4.送付時の封筒に、発送元が判るように氏名・住所等をご記入ください。

5.上記1.～4.を再度ご確認いただき、申請書類と合わせて当組合までご郵送ください。

〒231-0033
横浜市中区長者町3－8－11 リッシュアベニュー横濱関内5階
神奈川県医療従事者健康保険組合 給付課宛

のりしろ②

のりしろ①

〔記入上の注意〕

① **標題**（表面）の「**被保険者**」・「**家族**」の文字は何れか該当する方を**丸**（〇）で囲んでください。

② 傷病の原因が第三者によるものであるときは、別に「**第三者行為による負傷疾病の届**」をこの書類に添付してください。

③ 負傷の原因が外傷等である場合は、別に「**負傷原因届**」を添付してください。

④ **振込先金融機関の欄には必ずご記入ください。** 記載がない場合には、問合わせ等で、振込みが遅れる場合もありますので予めご了解ください。