記入例

この申請書は申請対象者ごとに作成してください

健康保険　被保険者／家族　療養費支給申請書

被保険者の記入欄	記号・番号	9999 － 109	事業所名	○○株式会社

被保険者	氏名	生年月日	連絡先電話番号
	○井　○美	平成 5 年 7 月 12 日	03（3000）0000
	住所		
	〒○○○－○○○○ 東京都港区△町１－２－３		

申請対象者	氏名	生年月日	被保険者との続柄
	○井　○太	平成 28 年 5 月 20 日	長男
	医療費助成を受けていますか		
	いいえ　・（はい）（乳幼児／子ども　・　障害　・（ひとり親）　・　その他（　　））		
	診療期間と入院外来の別		
	令和 7 年 3 月 10 日から 令和 7 年 3 月 10 日（1 日間）　入院　・（外来）		
	傷病名	発病（負傷）の年月日	傷病の原因
	右足捻挫	令和 7 年 3 月 10 日	登山中に転倒
	療養を受けた医療機関の名称・電話番号		療養に要した費用
	△□医院　03（2000）0000		9,465 円
			円

申請理由（該当番号に○印）	【添付書類】すべて原本を添付してください
1　治療用装具	●明細のわかる領収書と医師の意見（作成指示）書 ※靴型装具の申請のみ当該装具の写真
2　旧保険証使用	●請求書と返還金領収書、診療報酬明細書
（3）立替払（理由　保険証不携帯）	●明細のわかる領収書
4　小児弱視等の治療用眼鏡等	●領収書と医師の意見（作成指示）書
5　海外（国名　　）	●領収書と診療明細書と翻訳（本人・家族以外が作成） 渡航期間のわかる書類と同意書
6　はり、灸・マッサージ	●領収書、医師の同意書 診療明細書（医師の同意と傷病名が記載されたもの）

受取方法					
【在籍中の方】 会社へ委任してください	この給付金の受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名　○井　○美				
【退職後の方】 振込先を記入してください （任継者は記入不要。登録口座へ振込）	銀行・信金 信組・農協	本店 支店	普通・その他（　）		
	口座番号		（フリガナ） 口座名義	（　　）	

※年月日は元号でご記入ください。

記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、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。）

備考欄	

健保記入欄	レート	月　日 円	実費	円	査定額	円

R7.4 三井健康保険組合