健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書
（立替払等、治療用装具、生血）

1 2

被保険者（申請者）記入用

記入日 和暦（　　）　年　月　日

被保険者（申請者）情報			
被保険者証の（右づめ）	記号	番号	生年月日 和暦（　　）年　月　日
氏名・印	（フリガナ） 印		事業所の名称
住所	（〒　　－　　）　都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）		

振込先指定口座				
金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　　）		本店 支店 出張所 本所 支所	
預金種別	1．普通 2．当座	口座番号	左づめでご記入ください。	
口座名義			口座名義の区分	1．申請者 2．代理人

◎本人死亡等の理由により代理人に委任する場合は、下記の委任状へ記入・押印してください。

受取代理人の欄			
被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 氏名・印　印	和暦（　　）年　月　日 住所　「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
代理人（口座名義人）	住所　（〒　　－　　）　TEL　（　　） （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名・印　印		委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

受付日付印
（健康保険組合使用欄）

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	印

（令和元年11月改）

日本電子健康保険組合

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書
（立替払等、治療用装具、生血）

1 2

被保険者（申請者）記入用

被保険者氏名	

申請内容

1 受診者	1. 被保険者　　2. 家族（被扶養者）			
家族の場合はその方の	氏名		生年月日	和暦（　　）年　月　日
2 傷病名			3 発病または負傷年月日	和暦（　　）年　月　日
4 発病の原因および経過	1. 病気　（原因および経過） 2. けが ➡ 仕事中、通勤途中または第三者行為によるものですか □ はい ⇒ 労災に該当する場合は申請いただけません。 第三者行為によるものである時は、別途「第三者行為による傷病届」が必要です。 □ いいえ ⇒ 記入を続けてください			
5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名	
	名称	所在地	診療した医師等の氏名	
6 診療を受けた期間	和暦（　　）年　月　日 から	和暦（　　）年　月　日 まで	日数　日	
6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	和暦（　　）年　月　日 から	和暦（　　）年　月　日 まで	日数　日	
7 装具等の装着について指示を受けた日	和暦（　　）年　月　日	8 装具装着日	和暦（　　）年　月　日	
9 療養に要した費用の額	円			
10 診療の内容				
11 療養費の支給申請の理由（該当する数字を○で囲んでください）	1. 保険証を持っていなかったため（理由　：　　）			
	2. 前の保険証を使用したため			
	3. 治療用装具を作成したため			

記入上のご注意

1．記号・番号は保険証に記載されています。
2．振込先指定口座は、被保険者本人名義の口座を記入してください。
3．労災に該当するかは、会社と相談の上、労働基準監督署にご確認ください。
　第三者行為によるものであるときは、申請前に当健保組合までご連絡ください。
　第三者行為による傷病届は当健康保険組合のホームページよりダウンロードできます。

【添付書類】

申請事由	添付書類
やむを得ない理由により、医療機関で保険証を提示することができず、自費で診療を受けたとき	①診療報酬明細書（レセプト）または調剤報酬明細書の原本、または別紙「診療明細書」に医療機関にて診療内容の証明を受けたもの※傷病名、薬剤名、検査名、処置名、手術名等の記載があるもの ②領収書の原本
国民健康保険など他の保険者の保険証を使用し、医療費の返還を行ったとき	①診療報酬明細書（レセプト）の写し ②医療費を返還した際の領収書の原本
治療用装具を作ったとき	①保険医の意見書、指示書の原本（医師が治療上装具を必要と認め、装着日の確認ができる証明書等） ②領収書と明細書の原本（採寸、部品名等詳しい記載のあるもの） ③靴型装具の申請の場合、装具の現物写真（家庭用プリンターで印刷したもので構いません）
小児弱視等の治療用眼鏡・コンタクトレンズをつくったとき	※9歳未満で、「弱視」「斜視」および「先天性白内障術後の屈折矯正」の治療用に作成した眼鏡およびコンタクトレンズが対象。 ①保険医の作成指示書等の原本 ②検査結果の写し （①に記載がある場合は不要） ③領収書の原本
四肢のリンパ浮腫治療用の弾性着衣等をつくったとき	※リンパ腫切除に伴う悪性腫瘍（乳がん、子宮がん、前立腺がん等）の手術後に発生する四肢のリンパ浮腫治療で使用されるもので、着圧30mmHg以上の弾性着衣が対象。 ①保険医の弾性着衣などの作成指示書の原本（装着部位、手術年月、着圧指示などが記入されているもの） ・保険医の判断により特別な指示がある場合は、20mmHg以上の着圧であっても対象となります。 ・弾性包帯について、保険医の判断により弾性着衣を使用できないと指示のある場合に限り、支給対象とします。 ②領収書と明細書（内訳書）の原本
生血	①輸血証明書の原本 ②領収書の原本

※健康保険の給付を受ける権利の時効は２年間です。
　時効の起算日は「療養に要した費用を医療機関に支払った日の翌日（当該療養を受けた日の翌日）となります。

≪問い合わせ先≫
日本電子健康保険組合　TEL　０４２－５４４－１２１２　給付担当宛