

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(記入例) 医療費払戻し申請

いずれかに○印

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の	記号	099	番号	150	② 被保険者の 氏名 生年月日	健保 太郎 昭・平・令 12 年 3 月 3 日								
	③ 被保険者の 現住所	〒 999-9999 富山県富山市牛島新町5-1													
	④ 被保険者の 連絡先	(電話番号)	090-NNNN-1234			(電子メール・アドレス)	aaabbbccc@xxxx.co.jp								
	⑤ 事業所の名称	T I S 株式会社													
	⑥ 被扶養者に関する 申請のとき	氏名			生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄					
	⑦ 傷病名	側副靱帯損傷				⑧ 発病・負傷の年月日 (装具装着指示日)	平成・令和	元	年	6	月	5	日		
	⑨ 発病又は負傷の 原因及びその経過	バレーボールをしている際に負傷。通院中。													
	業務上や通勤途上で発生した 負傷等(労災)への該当	はい	いいえ	第三者行為 への該当	はい	いいえ									
	⑩ 診療を受けた病院等 の名称及び所在地	名称	タワー整形外科医院				医師氏名	外科 一郎							
		所在地	富山市牛島新町5-5												
	⑪ 診療の期間 ※入院の場合は 入院期間	平成・令和	元	年	6	月	5	日	から	3	日間	⑫ 入院・外来 の別	入院	外来	
	⑬ 診療の内容	検査及び治療					⑭ 診療または装 具作成に要し た費用の額	5,800 円							
	⑮ 療養の給付を 受けなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証の不携帯(理由: 保険証紛失) ⇒ 「診療報酬明細書」(※)と「領収書」原本 <input type="checkbox"/> 治療用装具装着 ⇒ 「医師の証明書」と「領収書」原本 <input type="checkbox"/> その他(小児治療用眼鏡/弾性着衣/その他) ⇒ 「医師の証明書」と「領収書」原本													
	⑯ 振込先 (被保険者名義の 口座を指定)	銀行名	〇〇銀行			口座番号	1.普通	2.当座	0	3	3	2	2	1	1
		支店名	〇〇支店			名義 (加付)	ケンポタロウ								

日中に連絡可能な電話番号、
電子メールアドレスなどはっきりと記入

発病・負傷の年月日(初診日)
不明の場合は記載不要

T I S インテックグループ健康保険組合

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者(請求者)名義の口座を正確にご記入ください ※被保険者以外の口座は不可 ※添付書類(領収書・診療報酬明細書)について 【保険証を提示せず全額自費で受診(調剤購入)した場合】 ・受診した医療機関(薬局)で受け取った書類(原本)を添付 【間違っ前前の保険証で受診し前保険者に医療費を返還した場合】 ・前に加入していた健保組合から受け取った書類(原本)を添付													
	代理人の 住所 氏名													
	振込先 (代理人名義の口座 を指定)	銀行名				口座番号	1.普通	2.当座						
	支店名				名義 (加付)									

申請書は受診月ごと(領収書ごと)に作成してください

⑰令和 年 月 日 提出

※診療報酬明細書(または調剤報酬明細書)とは、「レセプト」ともい、病院等が健保組合等へ送る請求書のことです。受診した際に窓口で渡されるものは「診療明細書」という簡易的なものであり療養費申請には使用できません。

受付日付印

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(記入例) 治療用装具作成

いずれかに○印

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の	記号	099	番号	150	② 被保険者の 氏名 生年月日	健保 太郎 昭・平・令 12 年 3 月 3 日							
	③ 被保険者の 現住所	〒 999-9999 富山県富山市牛島新町5-1												
	④ 被保険者の 連絡先	(電話番号)	090-NNNN-1234			(電子メール・アドレス)	aaabbbccc@xxxx.co.jp							
	⑤ 事業所の名称	T I S 株式会社												
	⑥ 被扶養者に関する 申請のとき	氏名				生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄			
	⑦ 傷病名	側副靭帯損傷				⑧ 発病・負傷の年月日 (装具装着指示日)	平成・令和	元	年	6	月	5	日	
	⑨ 発病又は負傷の 原因及びその経過	バレーボールをしている際に負傷。装具装着後、安静にして快方に向かっている。												
	業務上や通勤途上で発生した 負傷等(労災)への該当	はい ・ <input checked="" type="radio"/> いいえ			第三者行為 への該当	はい ・ <input checked="" type="radio"/> いいえ								
	⑩ 診療を受けた病院等 の名称及び所在地	名称	タワー整形外科医院				医師氏名	外科 一郎						
		所在地	富山市牛島新町5-5											
⑪ 診療の期間 ※入院の場合は 入院期間	平成・令和 元 年 6 月 5 日 から				1	日間	⑫ 入院・外来 の別	入院 ・ <input checked="" type="radio"/> 外来						
	平成・令和 元 年 6 月 5 日 まで													
⑬ 診療の内容	治療用装具装着					⑭ 診療または 装具作成に 要した費用 の額	15,800 円							
⑮ 療養の給付を 受けることが できなかった理由	<input type="checkbox"/> 保険証の不携帯(理由:) ⇒ 「診療報酬明細書」(※)と「領収書」原本 <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具装着 ⇒ 「医師の証明書」と「領収書」原本 <input type="checkbox"/> その他(小児治療用眼鏡/弾性着衣/その他) ⇒ 「医師の証明書」と「領収書」原本													
⑯ 振込先 (被保険者名義の 口座を指定)	銀行名	〇〇銀行			口座番号	<input checked="" type="radio"/> 1.普通	<input type="radio"/> 2.当座	0	3	3	2	2	1	1
	支店名	〇〇支店			名義 (加付)	ケンポタロウ								

日中に連絡可能な電話番号、
電子メールアドレスなどはっきりと記入

医師証明書の装具装着指示日
不明の場合は装具装着日

被保険者(請求者)名義の口座を正確に
ご記入ください
※被保険者以外の口座は不可

受 取 代 理 人 の 欄	本を代理人に委任します。 令和 年 月 日													
	代理人の 住所					委任者と代 理人との関 係								
	代理人の 住所 氏名													
振込先 (代理人名義の口座 を指定)	銀行名				口座番号	1.普通	<input type="radio"/> 2.当座							
	支店名				名義 (加付)									

備考欄															⑰令和 年 月 日 提出
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------

※診療報酬明細書(または調剤報酬明細書)とは、「レセプト」ともいい、病院等が
健保組合等へ送る請求書のことです。受診した際に窓口で渡されるものは「診療明細書」
という簡易的なものであり療養費申請には使用できません。

受付日付印

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(記入例) 治療用眼鏡作成

被 保 者 が 記 入 す と こ ろ	① 被保険者証の	記号	099	番号	150	② 被保険者の 氏名 生年月日	健保 太郎 昭・平・令 12 年 3 月 3 日							
	③ 被保険者の 現住所	〒 999-9999 富山県富山市牛島新町5-1												
	④ 被保険者の 連絡先	(電話番号)	090-NNNN-1234			(電子メール・アドレス)	aaabbbccc@xxxx.co.jp							
	⑤ 事業所の名称	T I S 株式会社												
	⑥ 被扶養者に関する 申請のとき	氏名	建保 なぎさ		生年月日	昭・平・令 30 年 4 月 4 日	続柄	長女						
	⑦ 傷 病 名	屈折性弱視				⑧ 発病・負傷の年月日 (装具装着指示日)	平成・令和 元 年 6 月 5 日							
	⑨ 発病又は負傷の 原因及びその経過	眼科検査で判明。眼鏡装着後、症状は改善している。												
	業務上や通勤途上で発生した 負傷等(労災)への該当	はい ・ いいえ			第三者行為 への該当	はい ・ いいえ								
	⑩ 診療を受けた病院等 の名称及び所在地	名称	タワー眼科医院			医師氏名	眼科 一郎							
		所在地	富山市牛島新町5-5											
⑪ 診療の期間 ※入院の場合は 入院期間	平成・令和 元 年 6 月 5 日 から				1 日間	⑫ 入院・外来 の別	入院 ・ 外来							
	平成・令和 元 年 6 月 5 日 まで													
⑬ 診療の内容	治療用眼鏡装着				⑭ 診療または 装具作成に 要した費用 の額	15,800 円								
⑮ 療養の給付を 受けることが できなかった理由	<input type="checkbox"/> 保険証の不携帯(理由:) ⇒ 「診療報酬明細書」(※)と「領収書」原本 <input type="checkbox"/> 治療用装具装着 ⇒ 「医師の証明書」と「領収書」原本 <input checked="" type="checkbox"/> その他(小児治療用眼鏡/弾性着衣/その他) ⇒ 「医師の証明書」と「領収書」原本													
⑯ 振込先 (被保険者名義の 口座を指定)	銀行名	〇〇銀行			口座番号	1.普通	2.当座	0	3	3	2	2	1	1
	支店名	〇〇支店			名 義 (加付)	ケンポタロウ								
受 取 代 理 人 の 欄	<input type="checkbox"/> 本人が代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者(請求者)名義の口座を正確にご記入ください ※被保険者以外の口座は不可 (請求者) 氏名													
	代理人の 住 所	住所			委任者と代 理人との関 係									
	振込先 (代理人名義の口座 を指定)	銀行名				口座番号	1.普通	2.当座						
	支店名				名 義 (加付)									
備考欄											⑰令和 年 月 日 提出			

T I S インテックグループ 健康保険組合

※診療報酬明細書(または調剤報酬明細書)とは、「レセプト」ともいい、病院等が健保組合等へ送る請求書のことです。受診した際に窓口で渡されるものは「診療明細書」という簡易的なものであり療養費申請には使用できません。

受付日付印