

保険者記入欄	資格	取得	年	月	日
		喪失	年	月	日
	療養	始	年	月	日
		終	年	月	日

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
家族

★記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください

□□□□	□□□□	□□□□
------	------	------

被 保 者 記 入 欄	① 被保険者証等の 記号・番号	記号 番号	② 被保険者氏名	昭・平 年 月 日		
	③ 現住所 電話番号	〒 ー 日中連絡の取れる電話番号 ()				
	④ 事業所の名称					
	⑤ 家族が治療を 受けたとき	家族氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	⑥ 被保険者 との続柄	
	⑦ 病名			⑧ 発病または 負傷の年月日	昭・平・令 年 月 日	
	⑨ 発病または 負傷の原因				第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	⑩ 病気(けが) の経過					
	⑪ 診療を受けた 病院等の 名称、所在地 医師名	名称			電話番号	()
		所在地			医師氏名	
	⑫ 診療または 手当の内容			⑬ 療養または手当に 要した費用の額	円	
	⑭ 診療または手当 を受けた期間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	日間	入院期間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	
	⑮ 健康保険被保険 者証(保険証) を使用出来な かった理由	ア. 治療用装具の装着 保険証を使用できなかった理由を詳しく記入して下さい イ. 他制度で受診 () ウ. 自費で受診				
	資格喪失後の請求の場合、請求者名義の金融機関情報が必要となります。					
	⑯	銀行番号	支店番号	1. 普通	口座番号	
		銀行		支店	2. 当座	
フリガナ						
口座名義						

R6.12 東京広告業健康保険組合

受付日付印

上記のとおり療養費を申請します。

社会保険労務士 の提出代行者印	
--------------------	--

不明な点は、業務第2課までお問い合わせください (03-6226-4534)

記入上の注意

- ・ 標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方を○で囲んでください。
- ・ 標題の「家族」の文字を○で囲んだ場合は、⑤⑥の欄を必ず記入してください。
- ・ 退職後の請求の場合は、⑯欄の振込み希望の銀行口座（請求者本人名義）を必ず記入してください。なお、任意継続被保険者の方の場合、保険料の引き落とし口座に振り込みますので記入は不要です。

添付書類について

※ 療養費の支給対象事由により添付書類が異なりますので、下表をご参照ください。

療養費の支給対象事由	添付書類
急病のため、保険証を持たずに受診したとき	領収書、診療明細書（傷病名、診療内容の明細が記入されたもの）
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	診療報酬明細書（レセプト）の写し（封を開けずに添付してください）、医療費を返還した際の領収書の原本
生血液の輸血を受けたとき	領収書、輸血証明書
医師の指示により、義手・義足・義眼・コルセットなどの治療用装具を購入、装着したとき	領収書、保険医の証明書
医師の同意を得て、はり・きゅう、あんま・マッサージなどを受けたとき	領収書、保険医の同意書
9歳未満の小児が小児弱視等の治療で眼鏡・コンタクトレンズを作成、購入したとき	領収書、作成指示書等の写し、患者の検査結果
四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等を購入したとき	領収書、保険医の装着指示書

被保険者記入欄	記入例	資格取得	年	月	日
		喪失	年	月	日
		療養始	年	月	日
		療養終	年	月	日

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書

被 保 者 記 入 欄	① 被保険者証の記号 9999	被保険者氏名 東広 太朗
	② 被保険者証の番号 99999	生 年 月 日 昭・平 40年 10月 10日
	③ 現住所電話番号 〒 104 - 0045 東京都中央区築地〇-〇-〇	日中連絡の取れる電話番号 090 (1234) 5678
	④ 事業所の名称 株式会社 アドけんぼ	
	⑤ 家族が治療を受けたとき 家族氏名 東広 花子	⑥ 被保険者との続柄 妻
	生 年 月 日 昭・平・令 41年 12月 31日	
	⑦ 病 名 急性胃炎	⑧ 発病または負傷の年月日 昭・平 令 1年 5月 5日
	⑨ 発病または負傷の原因 原因は不明	第三者行為によるものですか ③ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	⑩ 病気（けが）の経過 腹痛および嘔吐がひどかったが、薬で症状が落ち着いた。	
	⑪ 診療を受けた病院等の名称、所在地 名称 京都〇〇医院 所在地 京都府中郡峰山町杉谷〇-〇	電話番号 075 (451) 0000 医師氏名 山田 〇〇
⑫ 診療または手当の内容 検査を実施、点滴および投薬を受けた	⑬ 療養または手当に要した費用の額 4, 460 円	
⑭ 診療または手当を受けた期間 自令和 1年 5月 5日 至令和 年 月 日 1 日間	入院期間 自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	
⑮ 健康保険被保険者証（保険証）を使用出来なかった理由 ア. 治療用装具の装着 イ. 他制度で受診 ウ. 自費で受診 (旅行先で体調を崩したが、保険証を携帯していなかった為、自費となった)	保険証を使用できなかった理由を詳しく記入して下さい	
資格喪失後の請求の場合、請求者名義の金融機関情報が必要となります。		
⑯ 銀行番号	支店番号	1. 普通 口座番号
銀行 支店		2. 当座
フリガナ	R3.4 東京広告業健康保険組合	
口座名義	受 付 日 付 印	

① 被保険者証の記号番号を記入してください。

② 病名が「けが」によるもの場合は、負傷の原因を調査しますので、「負傷原因届」を必ず提出してください。

③ 「第三者行為によるものですか」で「はい」にチェック(☑)した場合は、「第三者行為による傷病届」を必ず提出してください。

【記入を間違えた場合】
ご記入いただいた内容に訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

上記のとおり療養費を申請します。

社会保険労務士の提出代行者印	
----------------	--

不明な点は、業務第2課までお問い合わせください (03-6226-4534)