療養費支給申請書（立替払） 記入例

東京都家具健康保険組合 ｜業務課 03-5990-9390 対応番号「1」

健康保険 被保険者 / 家族　**療養費 支給申請書**　立替払・治療用装具専用　（被保険者記入用）

※自署の場合、押印は必要ありません

被保険者情報

❶ 被保険者証	記号 9876　番号 54321	事業所名称	（株）○○○○
❷ 氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎 ㊞	生年月日	昭・平 ○○年 ○月 ○日
住所 電話番号	〒 110－0000 東京都墨田区○○ 1-2-3 □□マンション×××号　電話番号（日中の連絡先） 090 （ 1234 ）○○○○		

【ご注意ください】 家族（被扶養者）の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申請内容

❸ 受診者（どちらかに✔）	□ 被保険者　✔家族（被扶養者）	第三者行為によるものですか ❹	はい・（いいえ）
家族の場合はその方の	氏名 健保 花子　生年月日 昭・平・令 ○○年 ○月 ○日　続柄（ 長女 ）		
傷病名	捻挫	発病又は負傷年月日（療養開始日）	平・令 年 8 月 2 日
発病又は負傷の原因及びその経過（けがの場合は、どこでどのように負傷されたか）	原因 自宅内の段差につまづいて捻ってしまった 経過 良好		
❺ 診療を受けた病院等	名称 ○○整形外科医院 所在地 東京都台東区△△ ×－×	診療した医師の氏名	
診療期間（支給期間）	令和 ○ 年 8 月 2 日 から 令和 ○ 年 8 月 7 日 まで （日数 2 日）		
上記期間に入院していた場合はその期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで （日数 日）		
療養に要した費用	×,××× 円	診療の内容	検査を受け湿布を処方された
療養の給付を受けることができなかった理由	扶養加入手続き中で保険証が届いていなかったため		

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

委任状

❻ 被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和 ○ 年 8 月 25 日 氏名 健保 太郎
代理人（事業主）	事業所所在地 東京都台東区△△ ×－× 事業所名称 （株）○○○○ 事業主氏名 ○○ ○○

※ 事業主へ委任する場合は事業所経由で提出してください。　※ 代理人が事業主以外の場合は、別に添付書類が必要となります。

振込先

❼ 金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他（ ） 支店・本店・出張所 その他（ ）	預金種別	普通・当座・その他（ ）
		口座番号	
口座名義（カタカナで記入）		口座名義区分	□ 被保険者（申請者） □（代理人）
公金受取口座	□ 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。（利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。）		

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し正しい内容をご記入のうえ押印又は氏名（フルネーム）をご記入ください。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印

組合使用欄

		備考	療養費の区分		
支給対象額	円		自費	装具	その他
一部負担額	円				
支給額	円		前回	/ /	

東京都家具 健康保険組合

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

❶ 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。

❷ 家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
※ 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、右上の業務課までご連絡ください。

❸ 受診者が家族（被扶養者）の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。

❹「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。
詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。

❺ 医療機関名等をご記入ください。なお、薬剤に係る申請は、その薬局の名称等をご記入ください。
医師氏名、薬剤師氏名が不明の場合は空欄としてください。

❻ 代理人（事業主）へ委任する場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
なお、代理人（事業主以外）が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票など）の添付が必要となります。

❼ マイナンバーとともに国に登録している公金受取口座を振込先にする場合は ✓ を付けてください。
（被扶養者でない方や受取代理人は、公金受取口座を振込先に指定できません。）
注：マイナポータル等で口座情報を登録･変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。

＊ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消して正しい内容をご記入のうえ押印又は氏名（フルネーム）をご記入ください。

添付書類

医療機関等の窓口で診療に要した費用の全額を自己負担している場合	① **診療内容を記載した証明書** 診療報酬明細書（患者名、傷病名、診療内容の記載があるもの） ② **領収書（領収明細書）の原本** 診療に要した費用を証明した領収書
当組合の資格はあるが、以前加入していた保険証で医療機関等を受診し、前保険者へ診療に要した費用を返還した場合	① **診療報酬明細書**（前保険者より交付を受けてください。） ② **領収書の原本** 返還請求された金額を支払ったことを証明する領収書

注：この申請書を事業所（事業主）に委任される場合は、事業所経由で提出してください。

療養費支給申請書（治療用装具） 記入例

東京都家具健康保険組合 ｜業務課 03-3833-6161 対応番号「1」

健康保険 被保険者 / 家族　**療養費 支給申請書** 立替払・治療用装具専用　（被保険者記入用）

※自署の場合、押印は必要ありません

被保険者情報

❶ 被保険者証	記号 9876　番号 54321	事業所名称	（株）○○○○
❷ 氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎 ㊞	生年月日	（昭）平 ○○年 ○月 ○日
住所 電話番号	〒 110－0000 東京都墨田区○○ 1-2-3 □□マンション×××号	電話番号（日中の連絡先）	090（1234）○○○○

【ご注意ください】 家族（被扶養者）の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申請内容

❸ 診者（どちらかに✔）	✔被保険者　□ 家族（被扶養者）	第三者行為によるものですか ❹	はい（いいえ）
家族の場合はその方の	氏名　生年月日 昭・平・令 年 月 日　続柄（ ）		
傷病名	両偏平足	発病又は負傷年月日（療養開始日）	平（令）○ 年 8 月 2 日
発病又は負傷の原因及びその経過（けがの場合は、どこでどのように負傷されたか）	原因 不明 経過 良好		
診療を受けた病院等	名称 ○○整形外科医院 所在地 東京都台東区△△ ×-×	診療した医師の氏名	○○ ○○
❺ 療期間（支給期間）	令和 ○ 年 8 月 5 日 から 令和 ○ 年 8 月 5 日 まで	（日数 1 日）	
上記期間に入院していた場合はその期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	（日数 日）	
療養に要した費用	×,××× 円	診療の内容	装具の装着
療養の給付を受けることができなかった理由	治療用装具を装着したため		

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

委任状

❻ 被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和 ○ 年 8 月 25 日 氏名 健保 太郎
代理人（事業主）	事業所所在地 東京都台東区△△ ×-× 事業所名称 （株）○○○○ 事業主氏名 ○○ ○○

※ 事業主へ委任する場合は事業所経由で提出してください。　※ 代理人が事業主以外の場合は、別に添付書類が必要となります。

振込先

❼ 金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他（ ） 支店・本店・出張所 その他（ ）	預金種別	普通・当座・その他（ ）
		口座番号	
口座名義（カタカナで記入）		口座名義区分	□ 被保険者（申請者） □（代理人）
公金受取口座	□ 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。（利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。）		

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し正しい内容をご記入のうえ押印又は氏名(フルネーム)をご記入ください。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印

組合使用欄			備考	療養費の区分		
	支給対象額	円		自費	装具	その他
	一部負担額	円				
	支給額	円		前回	/ /	

東京都家具 健康保険組合

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

❶ 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。

❷ 家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
※ 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、右上の業務課までご連絡ください。

❸ 受診者が家族（被扶養者）の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。

❹「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。
詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。

❺ 診療期間には、医師より装具等の装着が必要（指示）とされた日をご記入ください。
（医師が発行した「装具装着証明書」や「装具作成指示書」をご確認ください。）

❻ 代理人（事業主）へ委任する場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
なお、代理人（事業主以外）が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票など）の添付が必要となります。

❼ マイナンバーとともに国に登録している公金受取口座を振込先にする場合は ✓ を付けてください。
（被扶養者でない方や受取代理人は、公金受取口座を振込先に指定できません。）
注：マイナポータル等で口座情報を登録･変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。

＊ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消して正しい内容をご記入のうえ押印又は氏名（フルネーム）をご記入ください。

添付書類

装具の種類	添付書類１ 医師の証明を受けて添付してください。	添付書類２（共通）	添付書類３
治療用装具	**装具作製（装着）指示書** **又は意見書、証明書等**	**領収書の原本** 患者名、装具の名称、種類、内訳別の費用額が記載されているもの	**靴型装具の写真** 靴型装具を作成した場合
弾性着衣等	**弾性着衣等装着指示書**		—
小児弱視等の治療用眼鏡等	**眼鏡等作成指示書**		—

注：この申請書を事業所（事業主）に委任される場合は、事業所経由で提出してください。