

記入例

コルセット・ギプス・義眼など
治療用装具作製費用の還付申請の場合

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(第 1 回目)

(注意事項)
輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか
これに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

被保険者証の 記号・番号	(記号) 51 第(番号) 202 号	被保険者が勤務する(していた)事業所の名称	昭和化学株式会社	電話 電話番号 郵便 番	
傷病名	左膝前十字靭帯損傷	発病又は負傷の年月日	令和2年4月13日	所在地	〒川崎市川崎区京町2-14-2
発病又は負傷の原因	散歩中、急に犬にリードを引っ張られて転倒。その際に膝を擦って負傷				
傷病の経過	良好				
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称 川崎市立 川崎病院 氏名 渡田 進	所在地及び電話番号	〒210-0847 川崎市川崎区新川通12-1 044-233-5521		
診療又は手当の内容	ギプスで膝を固定し入院。現在、治療用装具を装着してリハビリ通院中	入院期間	自 令和2年4月13日 至 令和2年4月22日	コルセット装着日	
診療又は手当を受けた期間	自 令和2年4月13日 至 令和2年4月13日	現在も通院中	日間	診療又は手当に要した費用の額	金 20,645 円也
診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨					
療養の給付又は特定療養費もしくは家族療養費の支給を受けることができなかった理由	保険医療機関以外(装具製作会社)で作製したため				
第三者の行為による負傷であるとき	その事実の有無	加害者の氏名		加害者の住所	
被扶養者に関する申請のとき	氏名 健保 康子	生年月日	明 47年8月20日 大平	被保険者との続柄	妻
振込希望の銀行又は郵便局名	「被保険者」の銀行 口座情報 支店(普通第 号) 郵便局				
上記のとおり申請します。 令和2年6月18日					
住所 〒210-0847 被保険者の 川崎市川崎区小田3-2-1 氏名 健保 幸彦 (健保)					
健康保険組合理事長 殿					

領収(診療)明細書

(月 日から 月 日までの分)

患者名	職務上の事由	職務上・下船後3月以内・通勤災害	傷病名	皮下筋肉内・静脈内
初診	時間外 日夜	円	注射	その他
再診	再診時間 外 日夜	回 回 回	検査	薬剤
往診	普通 夜間 深夜	回 回 回	レント	
指導			処置及び手術	
投薬	内服 外用 調剤	単位 単位 単位	薬剤	
入院	1月未満 1月~3月未満 3月以上 給食の有無	日間(日~日) 日間(日~日) 日間(日~日)	その他 合計	回
上記のとおり領収(診療)いたしました。 年 月 日 医師 住所 〒 氏名				

私は昭和化学株式会社を代理人と定め、次の権限を委任する。

令和2年6月18日請求した被保険者療養費のうち
被扶養者
金 給付額全額 円也の受領に関すること。
↑ 令和2年6月18日

住所 〒川崎市川崎区小田3-2-1
健保 幸彦
210-0025
住所 〒川崎市川崎区京町2-14-2
代理人の 昭和化学株式会社
氏名 取締役社長 昭和太郎 (健保)

振込希望の銀行又は郵便局名 事業主口座 銀行 支店(普通第 号) 郵便局

金 円也但し
うえの金額を領収いたしました。
年 月 日
健康保険組合理事長 殿
住所 〒
受領者 氏名

(注意事項)
3.2.1. すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して「診療明細書」として下さい。
3.2.2. 歯科診療の場合には「領収」の字句を消して「診療明細書」として下さい。
輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは「治療のため必要と認められる旨の証明書」を交付して下さい。この場合、左の領収(診療)明細書の記入は必要ありません。

給付金を事業主経由で受け取る場合は、この欄に記入して下さい。(青は事業主が記入・押印)

給付金を健保組合から直接受け取る場合は、この欄に「被保険者」の口座情報を記入し、金融機関通帳等の口座番号と名義が記されている部分のコピーを添付して下さい。
被扶養者に関する申請においても、給付金は被保険者宛に支給となります。