

資格取得年月日	年 月 日	支給期間 自 年 月 日 至 年 月 日 日間	決議 年 月 日		
資格喪失年月日	年 月 日	療 養 費		円	
療養に要した額	円	第二家族療養費			常務理事 事 務 長 担 当 者
(算出基礎)		高 額 療 養 費			
		入院時食事・生活療養費			
		計 (支給金額)			

被保険者
家 族

療養費支給申請書

年 月 日提出

社員番号		被保険者証の 記 号 一 番 号	—	被保険者 の氏名		
被保険者の住所	〒 (TEL)					
事 業 所 名 称						
所 属 部 署 名						
被扶養者のもの であるとき	氏 名		年 月 日生	被保険者 との続柄		
傷 病 名			発 病 また は 負 傷 年 月 日	年 月 日		
発 病 又 は 負 傷 の 原 因						
療養を受けた 病 院 な ど	所 在 地					
	名 称					
療 養 の 内 容						
療 養 の 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	療 養 に 要 し た 費 用	¥	
外国での受診 であるときは	国 名		外 貨 総 請 求 額			
	通 貨 単 位		邦 貨 換 算 率	1	= ¥	
保険医療を受けることが できなかった理由 (詳細に)						
医療費助成制度 (こども医療費助成制度など) の受給者証の有無を○で囲んでください					有 ・ 無	

(注意) ①受診者ごと・医療機関ごと・診療月ごとに1枚の用紙に記入し、領収書(原本)と診療報酬明細書(レセプト)等の診療内容を記載した書類を添付してください。

②コルセットなどの治療用装具を購入したときは、「医師の意見書・作成指示書等」の原本と「領収明細書」の原本を添付してください。また、購入した装具が「靴型装具」の場合は、装具の写真又は画像を印刷したものを、専用貼付台紙に貼って添付してください。

③発病又は負傷の原因を必ずご記入ください。業務上災害・通勤災害による傷病の場合は支給されません。他人の行為による傷病の場合は、健康保険組合へご連絡ください。

振 込 先 (被 保 険 者)	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義人 (フリガナ)
			普通預金		

資格取得年月日	年 月 日	支給期間 自	年 月 日	日間	決議	年 月 日
資格喪失年月日	年 月 日	療 養 費		円		
療養に要した額	円	第二家族療養費			常務理事	事 務 長 担 当 者
(算出基礎)		高 額 療 養 費				
		入院時食事・生活療養費				
		計 (支給金額)				

①保険証を提示できなかったとき
家族は②を
装具購入のときは③をご覧ください

被保険者 療養費支給申請書
家 族

〇〇〇〇年 〇月 〇日提出

社員番号	〇〇〇〇〇〇	被保険者証の 記号－番号	〇〇－〇〇〇〇	被保険者の氏名	健保 太郎
被保険者の住所	〒〇〇〇－〇〇〇〇 西宮市〇〇町〇〇－〇〇 (TEL 〇〇〇〇－〇〇－〇〇〇〇)				
事業所名称	伊藤ハム株式会社				
所属部署名	〇〇〇〇〇				
	氏名			年 月 日生	被保険者 との続柄
傷 病 名	〇〇〇〇〇	発病または 負傷年月日	〇〇〇〇年 〇月 〇日		
発病又は 負傷の原因	〇〇〇〇〇〇〇のため		薬局の場合 (別紙にて提出)		
療養を受けた 病院 など	所在地	西宮市〇〇町〇〇－〇〇		西宮市〇〇町〇〇－〇〇	
	名称	〇〇〇〇〇病院		〇〇〇〇薬局	
療 養 の 内 容	診察、処方箋の交付を受ける …… など		処方箋により、薬の処方を受ける		
療 養 の 期 間	〇〇〇〇年 〇月 〇日 から 〇〇〇〇年 〇月 〇日 まで		〇日間	療 養 に 要 した 費 用	¥ 〇〇,〇〇〇－
外国での受診 であるときは	国 名			外貨総請求額	
	通貨単位			邦 貨 換 算 率	1 = ¥
保険医療を受けることが できなかった理由 (詳細に)	例 1 : 保険証不携帯で受診したため、医療費を全額自己負担することとなった 例 2 : 資格取得手続中に受診したため、医療費を全額自己負担することとなった				
公費負担 (乳 身 老)その他の医療証)の有無を○で囲んでください					有 ・ 無

(注意) ①受診者ごと・医療機関ごと・診療月ごとに1枚の用紙に記入し、領収書(原本)と診療報酬明細書(レセプト)等の診療内容を記載した書類を添付してください。

②コルセットなどの治療用装具を購入したときは、「医師の意見書・作成指示書等」の原本と「領収明細書」の原本を添付してください。また、購入した装具が「靴型装具」の場合は、装具の写真又は画像を印刷したものを、専用貼付台紙に貼って添付してください。

③発病又は負傷の原因を必ずご記入ください。業務上災害・通勤災害による傷病の場合は支給されません。他人の行為による傷病の場合は、健康保険組合へご連絡ください。

振 込 先 (被 保 険 者)	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義人 (フリガナ)
	△△△△銀行	△△△△支店	普通預金	△△△△△△△	ケンボ タロウ 健保 太郎

資格取得年月日	年 月 日	支給期間 自 年 月 日 至 年 月 日	日間 円	決議 年 月 日		
資格喪失年月日	年 月 日	療 養 費				
療養に要した額	円	第二家族療養費			常務理事	事 務 長 担 当 者
(算出基礎)		高 額 療 養 費				
		入院時食事・生活療養費				
		計 (支給金額)				

②保険証を提示できなかったとき
被保険者は①を
装具購入のときは③をご覧ください

被保険者 療養費支給申請書
家 族

〇〇〇〇年 〇月 〇日提出

社員番号	〇〇〇〇〇〇	被保険者証の 記号－番号	〇〇－〇〇〇〇	被保険者の氏名	健保 太郎	
被保険者の住所	〒〇〇〇－〇〇〇〇 西宮市〇〇町〇〇－〇〇 (TEL 〇〇〇〇－〇〇－〇〇〇〇)					
事業所名称	伊藤ハム株式会社					
所属部署名	〇〇〇〇〇					
被扶養者のものであるとき	氏名	健保 花子	〇〇〇〇年 〇月 〇日生	被保険者との続柄	妻	
傷 病 名	〇〇〇〇〇		発病または 負傷年月日	〇〇〇〇年 〇月 〇日		
発病又は 負傷の原因	〇〇〇〇〇〇〇のため 薬局の場合 (別紙にて提出)					
療養を受けた 病院 など	所在地	西宮市〇〇町〇〇－〇〇		西宮市〇〇町〇〇－〇〇		
	名称	〇〇〇〇〇病院		〇〇〇〇薬局		
療 養 の 内 容	診察、処方箋の交付を受ける …… など			処方箋により、薬の処方を受ける		
療 養 の 期 間	〇〇〇〇年 〇月 〇日 から 〇〇〇〇年 〇月 〇日 まで		〇日間	療 養 に 要 した 費 用	¥ 〇〇,〇〇〇－	
外国での受診 であるときは	国 名			外貨総請求額		
	通貨単位			邦 貨 換 算 率	1 = ¥	
保険医療を受けることが できなかった理由 (詳細に)	例 1 : 保険証不携帯で受診したため、医療費を全額自己負担することとなった 例 2 : 扶養認定手続中に受診したため、医療費を全額自己負担することとなった					
公費負担 (乳 身 老 その他の医療証) の有無を○で囲んでください				有 ・ 無		

(注意) ①受診者ごと・医療機関ごと・診療月ごとに1枚の用紙に記入し、領収書(原本)と診療報酬明細書(レセプト)等の診療内容を記載した書類を添付してください。

②コルセットなどの治療用装具を購入したときは、「医師の意見書・作成指示書等」の原本と「領収明細書」の原本を添付してください。また、購入した装具が「靴型装具」の場合は、装具の写真又は画像を印刷したものを、専用貼付台紙に貼って添付してください。

③発病又は負傷の原因を必ずご記入ください。業務上災害・通勤災害による傷病の場合は支給されません。他人の行為による傷病の場合は、健康保険組合へご連絡ください。

振 込 先 (被 保 険 者)	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義人 (フリガナ)
	△△△△銀行	△△△△支店	普通預金	△△△△△△△	ケンボ タロウ 健保 太郎

資格取得年月日	年 月 日	支給期間 自	年 月 日	日間	決議 年 月 日		
資格喪失年月日	年 月 日	療 養 費		円			
療養に要した額	円	第二家族療養費			常務理事	事 務 長	担 当 者
(算出基礎)		高 額 療 養 費					
		入院時食事・生活療養費					
		計 (支給金額)					

③治療用装具を購入したとき

家族の場合はこちらもご記入ください

被保険者療養費支給申請書

〇〇〇〇年 〇月 〇日提出

社員番号	〇〇〇〇〇〇	被保険者証の 記号－番号	〇〇－〇〇〇〇	被保険者の氏名	健保 太郎	
被保険者の住所	〒〇〇〇－〇〇〇〇 西宮市〇〇町〇〇－〇〇 (TEL 〇〇〇〇－〇〇－〇〇〇〇)					
事業所名称	伊藤ハム株式会社					
所属部署名	〇〇〇〇〇					
被扶養者のものであるとき	氏名		年 月 日生	被保険者との続柄		
傷 病 名	〇〇〇〇〇		発病または 負傷年月日	〇〇〇〇年 〇月 〇日		
発病又は 負傷の原因	〇〇〇〇〇〇〇のため					
療養を受けた 病院など	所在地	西宮市〇〇町〇〇－〇〇				
	名称	〇〇〇〇〇病院				
療養の内容	医師が、治療のために装具の必要性を認める					
療養の期間	〇〇〇〇年 〇月 〇日 から 〇〇〇〇年 〇月 〇日 まで		〇日間	療養に要 した費用	¥ 〇〇,〇〇〇－	
外国での受診 であるときは	国 名			外貨総請求額		
	通貨単位			邦 貨 換 算 率	1 = ¥	
保険医療を受けることが できなかった理由 (詳細に)	治療用装具の製作会社は保険医療機関ではないため 療養の給付を受けることができなかった					
公費負担 (乳 身 老 その他の医療証) の有無を○で囲んでください					有 ・ 無	

(注意) ①受診者ごと・医療機関ごと・診療月ごとに1枚の用紙に記入し、領収書(原本)と診療報酬明細書(レセプト)等の診療内容を記載した書類を添付してください。

②コルセットなどの治療用装具を購入したときは、「医師の意見書・作成指示書等」の原本と「領収明細書」の原本を添付してください。また、購入した装具が「靴型装具」の場合は、装具の写真又は画像を印刷したものを、専用貼付台紙に貼って添付してください。

③発病又は負傷の原因を必ずご記入ください。業務上災害・通勤災害による傷病の場合は支給されません。他人の行為による傷病の場合は、健康保険組合へご連絡ください。

振 込 先 (被 保 険 者)	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義人 (フリガナ)
	△△△△銀行	△△△△支店	普通預金	△△△△△△△	ケンボ タロウ 健保 太郎