健保記入欄

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）					

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 / 家族 療養費支給申請書

〇〇〇〇年 〇月 〇日提出

社員番号	〇〇〇〇〇〇〇	被保険者証の記号－番号	〇〇 － 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				
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	診察、処方箋の交付を受ける ・・・・・ など				
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（ ㊚㊛㊐その他の医療証 ）の有無を〇で囲んでください				有 ・ (無)	

薬局の場合（別紙にて提出）

西宮市〇〇町〇〇－〇〇	
〇〇〇〇薬局	
処方箋により、薬の処方を受ける	

（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	△△△△△△△	ケンポ タロウ 健保 太郎

健保記入欄

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）						

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 家族 療養費支給申請書

〇〇〇〇年 〇月 〇日提出

社員番号	〇〇〇〇〇〇〇	被保険者証の記号－番号	〇〇 － 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（ ㊚㊛㊓その他の医療証 ）の有無を〇で囲んでください				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	△△△△△△△	ケンポ タロウ 健保 太郎

健保記入欄

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）					

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 家族 療養費支給申請書

〇〇〇〇年 〇月 〇日提出

社員番号	〇〇〇〇〇〇〇	被保険者証の記号－番号	〇〇 － 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（ ㊨㊧㊦その他の医療証 ）の有無を〇で囲んでください				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。

	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義人（フリガナ）
振込先（被保険者）	△△△△銀行	△△△△支店	普通預金	△△△△△△△	ケンポ タロウ 健保 太郎