

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

被 保 者 記 入 欄	① 被保険者証の	記号	被 保 険 者 氏 名		
		番号	②	生 年 月 日	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	昭・平・令 年 月 日		⑥ 被保険者との続柄
		生年月日			
	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				R3.4 東京広告業健康保険組合 受付日付印
	口座名義				

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	③ 生年月日	昭・平 40年 10月 10日		
	④ 現住所電話番号	〒 104 - 0045 日中連絡の取れる電話番号 090 (1234) 5678		東京都中央区築地〇-〇-〇		
	⑤ 事業所の名称	株式会社 アドけんぼ				
	⑥ 家族が治療を受けたとき	家族氏名	東広 花子		⑦ 被保険者との続柄	妻
	⑧ 生年月日	昭・平・令 41年 12月 31日				
	⑨ 病名	急性胃炎		⑩ 発病または負傷の年月日	昭・平 令 1年 5月 5日	
	⑪ 発病または負傷の原因	原因は不明			⑫ 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
	⑬ 病気の経過	腹痛および嘔吐がひどかったが、薬で症状が落ち着いた。				
	⑭ 診療を受けた病院等の名称、所在地	名称	京都〇〇医院		電話番号	075 (451) 0000
⑮ 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		⑯ 療養または手当に要した費用の額	4, 460 円		
⑰ 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		
⑱ 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 (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)					
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。						
銀行番号		支店番号		口座番号		
フリガナ		支店		R3.4 東京広告業健康保険組合		
口座名義		1. 普通		2. 当座		
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)