

提出先: 健保

被保険者 療養費支給申請書 被扶養者

あんま・はり・きゅうの申請は、「療養費支給申請書あんま・マッサージ用」または「療養費支給申請書はり・きゅう用」を使用し申請してください。

① 被保険者証の 記号-番号と氏名	記号-番号 0000-0000	被保険者 氏名 00 00	年齢 XX 歳	XX 歳
② 事業所の名称 及び所在地	名称 000 (株)	所在地 〒 XXX-XXXX 00県00市00		
③ 被扶養者に関する 申請のとき	氏名 00 00	生年月日 昭(平)令 XX年XX月XX日	XX 歳	被保険者 との続柄 妻
④ 傷 病 名	椎間板ヘルニア		⑤ 発病名または負 傷の年月日	XX年XX月XX日
⑥ 発病または負傷の原因	腰に痛みがあり、病院へ行った			
⑦ 傷 病 の 経 過	装具装着後、痛みがやわらいだ			
⑧ 診療または手当を受けた 医療機関の名称・所在地 及び医師の氏名	名称	00 病院	医師名	00 00
	所在地	〒 XXX-XXXX 00県00市00 TEL 000-000		
⑨ 診療または手当の内容	医師の指示により、コルセット装着した			
⑩ 診療または手当を 受けた期間	XX年XX月XX日～	XX年XX月XX日	⑫ 装着日	XX年XX月XX日
	日間		⑬ 診療または 手当に要した 費用の額	XXXXX 円
⑪ 入 院 期 間	年 月 日～	年 月 日	支 給 額 (健保記入)	円
⑭ 療養費の支給申請 をする理由※1 (該当する番号に『○』)	1. 保険証を提示できなかった(理由:) 2. ユアサ健康保険組合に加入前の保険証を使用し、以前の保険者に医療費を返還したため ⑬ ③ 医師の指示により治療用装具を作成した 4. 医師の指示により弾性着衣を購入した 5. 医師の指示により小児用めがねを作成した 6. その他()			
⑮ 第三者行為による 負傷であるとき	その事実と 届出の有無			
	加害者の 氏名	加害者の 住所	〒 TEL	
⑰ 振 込 先 (被保険者口座) (ゆうちょ銀行不可)	000	銀行 金庫 組合	000 支店	普通 当座
			No. XXXXXXXXX	フリガナ 00 00 口座 名義 00 00
⑱	上記のとおり申請します。			XX年XX月XX日
住所		〒 XXX-XXXX 00県00市00		被保険者の 氏名 00 00 TEL XXXX-XXXX
被保険者の		氏名 00 00		
TEL		XXXX-XXXX		
ユアサ健康保険組合理事長 殿				

(注意事項)

※1 ⑭該当理由により、必要書類が異なりますのでご注意ください。

1・2 : 医療機関(または薬局)等の領収書の原本、診療報酬明細書(レセプト)

3・4・5 : 医療機関または装具業者等の領収書の原本、医師の指示書(『靴型装具』の場合は、下記画像①～⑤も必要です)

靴型装具の撮影方法: ① 購入時にためし履きをしているところ、② 靴と領収証を一緒に撮影したもの、③ 正面、④ 裏側(正面と反対側)、⑤ 下(底)

※2 ⑰振込先は申請対象者が被扶養者(家族)であっても、被保険者の口座を記入してください。