

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

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 被保険者の 記号番号・氏名・年齢	記号-番号		-		被保険者 氏 名				年齢	歳
② 事業所(会社)の名称 及び所在地	名 称				所在地	〒				
③ 被扶養者に関する 申請のとき	氏 名			生年 月 日	昭・平 令	年 月 日		被保険者 との続柄 (例：妻・長男等)		歳
④ 傷 病 名										
⑤ 発病または負傷の原因 及びその経過	い つ	年 月 日			どこで					
	何をしていて どうなったか									
⑥ 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						医 師 氏 名			
	所在地	〒 TEL								
⑦ 診療または手当の内容										
⑧ 診療または手当を 受けた期間	年 月 日～ 年 月 日					⑨ 治療用装具 の装着日		年 月 日		
	日間					⑩ 診療または 手当に要した 費用の額		円		
⑪ 入 院 期 間	年 月 日～ 年 月 日					⑫ 支 給 額 (健保記入欄)		円		
⑬ 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 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 ()									
⑭ 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				
⑮ 振込先 ※2 (被保険者口座) (ゆうちょ銀行不可)	銀行 金庫 組合				支店	普通 ・ 当座	No.		フリガナ	
									口座 名義	
⑯ 上記のとおり申請します。 年 月 日										
住所 〒 被保険者の 氏 名 T E L ユアサ健康保険組合理事長 殿										

(注意事項)

※1 ⑬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(インソールは不要))

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 靴と領収証と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 ⑮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。