

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 0000-0000 | 被保険者 氏名 00 00 | 年齢 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 年 月 日 歳 | 被保険者 との続柄 (例: 妻・長男等) 妻 |
| ④ 傷 病 名 | 熱中症 | | |
| ⑤ 発病または負傷の原因 及びその経過 | いつ 令和 XX 年 XX 月 XX 日 | どこで 外出先の00公園 | |
| | 何をしていた どうなったか | 長時間炎天下にいたため気分が悪くなった | |
| 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 00 病院 | 医師 氏名 00 00 | |
| | 所在地 〒 XXX-XXXX 00県00市00 TEL 000-000 | | |
| ⑦ 診療または手当の内容 | 診察の後、点滴を受けた | | |
| ⑧ 診療または手当を 受けた期間 | 令和XX年 XX 月 XX 日 ~ 令和XX年 XX 月 XX 日 | ⑨ 治療用装具 の装着日 年 月 日 | ⑩ 診療または 手当に要した 費用の額 X,XXX 円 |
| | 1 日間 | | |
| ⑪ 入 院 期 間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | ⑫ 支 給 額 (健保記入) | 円 |
| ⑬ 療養費の支給申請 をする理由※1 (該当する番号に『○』) | 1. 保険証等を提示できなかった (理由: 外出先にマイナ保険証を持参していなかったため) 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 (被保険者口座) (ゆうちょ銀行不可) | 000 銀行 金庫 組合 | 000 支店 | ⑰ 普通 当座 |
| | No. XXXXXXXXX | | フリガナ 00 00 口座 名義 00 00 |
| ⑯ | 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 | ⑱ |
| | TEL XXXX-XXXX | | |
| | 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 購入時に取り出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。

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 0000-0000 | 被保険者 氏名 00 00 | 年齢 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 年 月 日 歳 | 被保険者 との続柄 (例: 妻・長男等) 妻 |
| ④ 傷 病 名 | 右膝前十字靭帯損傷 | | |
| ⑤ 発病または負傷の原因 及びその経過 | いつ 令和 XX 年 XX 月 XX 日 | どこで 近所のスーパーの駐車場 | |
| | 何をしていた どうなったか | 歩行中に縁石につまづき転倒し負傷 | |
| 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 00 病院 | 医師 氏名 00 00 | |
| | 所在地 〒 XXX-XXXX 00県00市00 TEL 000-000 | | |
| ⑦ 診療または手当の内容 | 医師の指示により、膝関節用装具を装着した | | |
| 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 令和 XX 年 XX 月 XX 日 | ⑩ 診療または 手当に要した 費用の額 X,XXX 円 |
| | 日間 | | |
| ⑪ 入 院 期 間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | ⑫ 支 給 額 (健保記入) | 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 (被保険者口座) (ゆうちょ銀行不可) | 000 銀行 金庫 組合 | 000 支店 | ⑰ 普通 当座 |
| | No. XXXXXXXXX | | フリガナ 00 00 口座 名義 00 00 |
| ⑯ | 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 | ⑱ |
| | TEL XXXX-XXXX | | |
| | 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 購入時に取り出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。