

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

① 被保険者証の記号・番号と氏名	記号	XXXX	番号	XXXX	氏名	OO OO				
② 事業所の名称及び所在地	名称	OOO (株)			所在地	〒 XXX-XXXX OO県OO市OO				
③ 被扶養者に関する申請のとき	氏名	OO OO		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	OOO 病院			氏名	OO OO				
	所在地	〒 XXX-XXXX OO県OO市OO TEL 000-000								
⑨ 診療または手当の内容	コルセット装着									
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 療養費を支給申請する理由(該当する項目に☑)	<input type="checkbox"/> 保険証を提示できなかった(理由:) <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 医師の指示により治療用装具を作成した <input type="checkbox"/> 医師の指示により弾性着衣を購入した <input type="checkbox"/> 医師の同意がありあんま・はり・きゅうの施術を受けた <input type="checkbox"/> 医師の指示により小児用めがねを作成した <input type="checkbox"/> その他()									
	⑮ 第三者の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)	OOO		銀行 金庫 組合	OOO 支店		普通 当座	No. XXXXXXXX	フリガナ	OO OO	
								口座 名義	OO OO	
⑱ 上記のとおり申請します。 <div style="float: right;">XX年XX月XX日</div> <div style="text-align: center;"> 住所 〒 XXX-XXXX OO県OO市OO 被保険者の氏名 OO OO TEL XXXX-XXXX </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">ユアサ健康保険組合理事長 殿</div>										

(注意事項)

- ・申請には医療機関(または薬局)の領収書の原本と診療報酬明細書(レセプト)が必要です。
- ・治療用装具・弾性着衣・小児用めがねを申請する場合は「医師の指示書」も提出して下さい。
- ・治療用装具の『くつ』の場合は、装具の画像の添付(①～⑤)も必須となります。(平成30年4月1日以降購入分より)
- ・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)
- ・振込先口座は、申請対象者が被扶養者(家族)であっても、被保険者の口座にしち振込めません。

・委任状(2枚目)は必要な場合のみ提出して下さい。