

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		番号		氏名	
② 事業所の名称 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 歳 被保険者 との続柄
④ 傷 病 名					⑤ 発病名または負 傷の年月日	年 月 日
⑥ 発病または負傷の原因						
⑦ 傷 病 の 経 過						
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				氏名	
	所在地	〒				TEL
⑨ 診療または手当の内容						
⑩ 診療または手当を 受けた期間	年 月 日～ 年 月 日				⑫ 装着日	年 月 日
	日間				⑬ 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				支 給 額 (健保記入)	円
⑭ 療養費の支給申請 をする理由 (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 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	〒
⑯ 振 込 先 (被保険者口座) (ゆうちょ銀行不可)	銀行 金庫 組合			普通 ・ 当座	No.	フリガナ 口座 名義
	支店					
⑰ 上記のとおり申請します。						年 月 日
住所 〒						
被保険者の 氏名						⑱
TEL						
ユアサ健康保険組合理事長 殿						

(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 購入時のため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な振込めません。

・委任状(2枚目)は必要な場合のみ提出して下さい。

委 任 状	<p>⑱ 私は _____ 年 _____ 月 _____ 日 請求した(被保険者 / 被扶養者)療養費のうち 金 _____ 円也の受領に関する事。</p> <p>を代理人と定め、次の権限を委任する。</p> <p>被保険者の 住所 〒 _____ 氏名 _____ ⑳ TEL _____</p> <p>代理人の 住所 〒 _____ 氏名 _____ ㉑ TEL _____</p>	<p>年 月 日</p>
	<p>⑳ 振込先 (ゆうちょ銀行不可)</p>	<p>銀行 金庫 組合</p>

(注意事項)
委任状(2枚目)は必要な場合のみ提出して下さい。