

療養費支給申請書記入例（治療用装具の場合）

健康保険 被保険者 療養費支給申請書（立替払等、治療用装具、生血）
 家族

被 保 険 者 が 配 入 す る と こ ろ	① 記号・番号	記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇	② 被保険者 (申請者)の 氏名・生年月日	A 健保 太郎 昭和 平成 50年 8月 8日			
	④ 被保険者 (申請者)の 住所	(〒 169 - 8516) 東京都新宿区百人町〇〇-〇〇		TEL 090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。			
	⑤ 事業所の 名称	株式会社△△△		TEL 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			
	⑥ 受診者が家族 (被扶養者)の 場合	氏名 B 健保 花子	生年月日 昭和 平成 15年 1月 25日	被保険者 との続柄	長女		
	⑦ 傷病名	左膝前十字靭帯損傷	⑧ 診療を受けた 医療機関等	名称 □□整形外科医院	療養を担当した 医師氏名	〇〇 〇〇〇	
				所在地	東京都渋谷区〇〇1-2-3		
	⑨ 仕事上、通勤途中 または業 によるもの	<input checked="" type="checkbox"/> いえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 裏面4をご確認ください					
	⑩ 発病または 負傷 及び	(いつ) 平成 令和 6年 2月 1日	(どこで) 学校の部活動中 (バレーボール)	(何をしていたらあったか) ジャンプをして着地した際に転倒して負傷			
	⑪ 立替払い の場合	診療の期 (支給期)	自 年 月 日 至 年 月 日	日数	診療区分	入院の場合、その入院期間 自) 令和 年 月 日 至) 令和 年 月 日 日間	
	⑫ 治療用装具 の場合	装着 F 令和 6年 2月 20日	入院	外来	自) 令和 6年 2月 1日 至) 令和 6年 2月 27日 27日間		
⑬ 診療の内容	⑮ 診療に要した 費用の額 G 85,600 円						
⑭ 療養の給付を受 けることができな かった理由	1. 保険証等を持っていなかったため (理由:) 2. 誤って前の保険証等を使用したため 3. 治療用装具を作成したため						
H 振込希望口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入してください) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。						
	銀行・信組 金庫・農協	支店 出張所	預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	口座名義 (カタカナで記入してください) ※ローマ字登録の方はローマ字で記入してください。		
I 委任状	給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状へ記入してください。 私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※ <input checked="" type="checkbox"/> にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 事業主の選定した保険給付金受領代理人(⑮の記入は不要です) <input type="checkbox"/> その他の受取代理人 代理人住所 (〒 -) TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。 代理人氏名 フリガナ						
(備考)	<問合せ・送付先> 給付課 TEL 03-5925-5303 求償課 TEL 03-5925-5326 〒169-8516 新宿区百人町2-27-6 関東ITソフトウェア健康保険組合 受付日付印 (健康保険組合使用欄)						
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄							

A 被保険者名をご記入ください。
 ※受診者が被扶養者(家族)であっても、申請者は被保険者となります。
 ※被保険者が死亡の場合は、相続人の方が申請者となります。

B 受診者が被扶養者(家族)の場合
 はご記入ください。(受診者が被保
 険者の場合は記入不要)

C 「いいえ」もしくは「はい」にチェック
 してください。「はい」の場合には申
 請書裏面にある「記入上のご注意」
 4をご確認ください。

D 日付について
 けがの場合は「負傷日」、けが以外
 の場合は「発病日または療養開
 始日」

E 治療用装具の場合は記入不要です。

F 治療用装具の場合はご記入くださ
 い。

G 治療用装具の購入金額をご記入
 ください。

H ・公金口座を利用する場合は、
 「マイナポータル等で事前登録し
 た公金受取口座を利用します。」
 にチェックをつけてください。
 ・公金口座を利用しない場合は、
 口座情報を記入してください。

I ②の被保険者以外の口座に振り
 込みを希望する場合は、委任状
 欄の記入が必要です。
 (被保険者の口座を希望する場
 合は記入不要)

※添付書類については、申請書「記入上のご注意」、
 もしくはホームページにてご確認ください。

◇問い合わせ先◇

関東ITソフトウェア健康保険組合 給付課 03-5925-5303

(令和6年12月改)