

健康保険組合 被保険者 療養費・高額療養費・ 一部負担還元金 支給申請書
 家族 療養費付加金

被保険者証記号番号		※被保険者（申請者）氏名		住 所	
		(フリガナ)		〒	
		(印)		屋間連絡先 TEL () -	
療養を受けた者の氏名		(フリガナ)		被保険者との続柄	
療養を受けた者の生年月日		年 月 日生		01: 本人 11: 夫 12: 妻 21: 長男 22: 二男 23: 三男 31: 長女 32: 二女 33: 三女 51: 父 52: 母 その他 ()	
傷 病 名					
発病又は負傷の年月日 (療養開始日)		年 月 日		1. 発病又は負傷の原因 2. 保険証を提出できなかった時はその理由	
診 療 期 間 (申請期間)		(自) 年 月 日 (至) 年 月 日 日間			
申 請 理 由		1. 公費負担医療の一部払戻し		診療に要した費用 (海外の場合は現地通貨)	
		5. はり・きゅう・あんまマッサージの 施術(治療)を受けた		通 貨 単 位	
		6-1. 被保険者証を提出できずに病院、 接骨院で診療を受けた		業務災害又は通勤災害によるもの ですか	
		6-2. 海外に滞在中病気やけがにより、 診療を受けた		第三者の行為(交通事故等)に よるものですか	
		7. 治療用装具を購入した (医師の証明日 年 月 日)		市区町村から医療費の助成(補助) を受けていますか	
診療を受けた 病院等		所在地 (海外の場合は国名)		都道府県	
		名 称		診 療 内 容	
		医 師 氏 名		1: 入院 (入院期間 年月日~ 年月日) 2: 通院(歯科以外) 3: 通院(歯科)	

※被保険者（申請者）氏名欄の押印は被保険者（申請者）が自署した場合は不要です。

添 付 書 類	申請理由が						
	「1」のとき	<input type="checkbox"/>	領収書「原本」	<input type="checkbox"/>	一部負担金に関する通知書「写」	<input type="checkbox"/>	受給者証「写」
	「5」のとき	<input type="checkbox"/>	医師の同意書又は診断書「原本」	<input type="checkbox"/>	施術費用の領収書及び内訳書「原本」		
	「6-1」のとき	<input type="checkbox"/>	医療機関の診療報酬明細書「傷病名・治療内容等が記載されたレセプト」又は診療報酬明細書 [様式: 医第2号、医第3号又は医第4号]、及び診療に要した費用の領収書「原本」				
	「6-2」のとき	<input type="checkbox"/>	診療内容証明書 [様式: 医第5号] 及び領収書兼領収明細書 [様式: 医第6号又は医第7号] 又は現地の 診療明細書、及び診療に要した費用の領収書「原本」				
		<input type="checkbox"/>	申請書及び添付資料が外国語で記載されているときは翻訳文				
		<input type="checkbox"/>	海外に渡航した事実が確認できる書類(旅券・パスポート等)「写」(本人及び渡航事実の確認可能な箇所) ※海外在住勤務者(被扶養者含む)は事業主による「海外在住勤務証明書」(様式: 医第1-1号)でも可				
		<input type="checkbox"/>	海外の医療機関等に対して療養内容の照会を行うことの同意書(様式: 医第16-1号)				
	「7」のとき	<input type="checkbox"/>	治療用装具を必要とする旨の医師の証明書「原本」	<input type="checkbox"/>	治療用装具購入費用の領収書及び内訳 書「原本」		

健 保 組 合 受 付 欄	受 付	審 査	[1次]	[2次]	処 理

記入例

[様式：医第1号]

健康保険組合 被保険者 療養費・高額療養費・ 一部負担還元金 支給申請書
 家族 家族療養費付加金

① 被保険者証記号番号		② ※被保険者（申請者）氏名		③ 住 所	
1 0 0 0		ケンボ タロウ 健保 太郎		〒 999-9999 長野県長野市本町1-1-1 長野マンション111号室 屋間連絡先 TEL (099) 999 - 9999	
1 2 3 4 5 6 7		療養を受けた者の氏名		④ 被保険者との続柄	
療養を受けた者の生年月日		ケンボ タロウ 健保 太郎		01: 本人 11: 夫 12: 妻 21: 長男 22: 二男 23: 三男 31: 長女 32: 二女 33: 三女 51: 父 52: 母 その他 ()	
傷 病 名		左足関節捻挫		1. 発病又は負傷の原因 2. 保険証を提出できなかった時はその理由	
発病又は負傷の年月日 (療養開始日)		平成 16 年 6 月 6 日		町内のバレーボール 大会でプレイ中に 負傷	
診 療 期 間 (申請期間)		(自) 平成 16 年 6 月 20 日 (至) 平成 16 年 6 月 20 日 1 日間			
⑤ 申請理由		1. 公費負担医療の一部払戻し 5. はり・きゅう・あんまマッサージの施術(治療)を受けた 6-1. 被保険者証を提出できずに病院、接骨院で診療を受けた 6-2. 海外に滞在中病気やけがにより、診療を受けた 7. 治療用装具を購入した(医師の証明日 16 年 6 月 20 日)		⑥ 診療に要した費用 (海外の場合は現地通貨)	
		通 貨 単 位		1 8 9 3 4	
		業務災害又は通勤災害によるものですか		①. いいえ 2. はい	
		第三者の行為(交通事故等)によるものですか		①. いいえ 2. はい	
		市区町村から医療費の助成(補助)を受けていますか		①. いいえ 2. はい	
診療を受けた病院等		所在地 (海外の場合は国名) 長 野 都 道 府 県 名 称 長 野 病 院 医 師 氏 名 長 野 一 郎		⑩ 診 療 内 容 1: 入院 (入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日) 2: 通院 (歯科以外) 3: 通院 (歯科)	

※被保険者（申請者）氏名欄の押印は被保険者（申請者）が自署した場合は不要です。

添付書類	申請理由が	<input type="checkbox"/> 領収書「原本」 <input type="checkbox"/> 一部負担金に関する通知書「写」 <input type="checkbox"/> 受給者証「写」 <input type="checkbox"/> 「1」のとき <input type="checkbox"/> 医師の同意書又は診断書「原本」 <input type="checkbox"/> 施術費用の領収書及び内訳書「原本」 <input type="checkbox"/> 「5」のとき <input type="checkbox"/> 医療機関の診療報酬明細書「傷病名・治療内容等が記載されたレセプト」又は診療報酬明細書 <input type="checkbox"/> 「6-1」のとき [様式：医第2号、医第3号又は医第4号]、及び診療に要した費用の領収書「原本」 <input type="checkbox"/> 「6-2」のとき 診療内容証明書 [様式：医第5号] 及び領収書兼領収明細書 [様式：医第6号又は医第7号] 又は現地の診療明細書、及び診療に要した費用の領収書「原本」 <input type="checkbox"/> 申請書及び添付資料が外国語で記載されているときは翻訳文 <input type="checkbox"/> 海外に渡航した事実が確認できる書類(旅券・パスポート等)「写」(本人及び渡航事実の確認可能な箇所) <input type="checkbox"/> ※海外在住勤務者(被扶養者含む)は事業主による「海外在住勤務証明書」(様式：医第1-1号)でも可 <input type="checkbox"/> 海外の医療機関等に対して療養内容の照会を行うことの同意書(様式：医第16-1号) <input type="checkbox"/> 「7」のとき 治療用装具を必要とする旨の医師の証明書「原本」 <input type="checkbox"/> 治療用装具購入費用の領収書及び内訳書「原本」

健康保険組合 処理欄	受 付	審 査	[1次]	[2次]	処 理
---------------	-----	-----	------	------	-----

<<被保険者(申請者)記入欄>>

- ① 上段に記号(4ケタ)
下段に番号(7ケタ以下右づめ)
を記入する。
- ② 被保険者若しくは任意継続被保険者
又は被保険者であった者(本人が死亡
している場合は相続人)の氏名を記入
する。
※被保険者(申請者)氏名欄の押印は、
被保険者(申請者)が自署した場合
は不要。
- ③ 自宅の住所、屋間連絡先を記入する。
- ④ 該当する番号を○で囲む。
該当がない場合は、その他()
内に続柄を記入する。
- ⑤ 該当の番号を○で囲む。7.のとき
は医師の証明日を記入する。
- ⑥ 病院等に支払った金額(領収書の額)
を記入する。
- ⑦~⑩ 該当する番号を○で囲む。