

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 1 2 3 4 5 6 7		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 居間連絡先 TEL (099) 999 - 9999	
療養を受けた者の氏名		ケンボ タロウ 健保 太郎		④ 被保険者との続柄	
療養を受けた者の生年月日		昭 平 31 年 4 月 15 日生		① 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		町内のバレーボール大会でプレイ中に負傷	
発病又は負傷の年月日 (療養開始日)		平成 16 年 6 月 6 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) 平成 16 年 6 月 20 日 (至) 平成 16 年 6 月 20 日 1 日間		診 療 に 要 し た 費 用 (海外の場合は現地通貨)	
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. 海外に滞在中病気がけがにより、診療を受けた 7. 治療用器具を購入した (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)	
所在地 (海外の場合は国名)		長野 都道府県		通 貨 単 位	
診療を受けた病院等 名 称		長野病院		業務災害又は通勤災害によるものですか	
医師氏名		長野一郎		第三者の行為(交通事故等)によるものですか	
				市区町村から医療費の助成(補助)を受けていますか	
				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」
	「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」	
「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」		
「7」のとき	<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"/> 治療用器具を必要とする旨の医師の証明書「原本」	<input type="checkbox"/> 治療用器具購入費用の領収書及び内訳書「原本」		

健康保険組合	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、居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。

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 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 ()			
療養を受けた者の生年月日		昭 平 年 月 日生					
傷 病 名				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 年 月 日					
診 療 期 間 (申請期間)		(自) 平成 年 月 日 (至) 平成 年 月 日 日間					
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 年 月 日)		診療に要した費用 (海外の場合は現地通貨)			
				通 貨 単 位		円	
				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 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)		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)			
		名 称					
		医 師 氏 名					

※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」			
	「7」のとき	<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"/> 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