

博報堂健康保険組合理事長 殿

下記により申請します

*(該当○印)

被保険者

被扶養者

療養費支給申請書

(自費・治療用装具・治療用眼鏡等・弾性着衣等)

ご確認

消えないボールペンで記入ください。

◎ 治療用装具の申請をする場合は、「医師の証明書（原本）」と費用の内訳のわかる「領収書（原本）」を添付してください。

◎ 治療用眼鏡の申請をする場合は費用の内訳のわかる「領収書（原本）」、「医師の作成指示書等（原本）」、「検査結果」を添付してください。

◎ 弾性着衣の申請をする場合は費用の内訳のわかる「領収書（原本）」と「装着部位、手術日等の記載がある「医師の装着指示書等（原本）」を添付してください。

◎ 外傷の場合は別紙の「外傷原因届」、第三者行為による場合は別紙の「第三者行為による傷病届」等の必要書類を添付してください。

| | | |
|------|-----------------|----------|
| 被保険者 | 事業所の名称 および部署 | 部署 内線 |
| | 保険証 記号・番号 | 記号 番号 |
| | フリガナ 氏名 | |

| | | | |
|---|--|--|------------------------------|
| 受診者が被扶養者の場合のみ記入 | 被扶養者の氏名 | 被扶養者の生年月日 | 被保険者との続柄 |
| | | 昭平 令 年 月 日 | |
| 傷病名 | 発病(負傷)の年月日 | 傷病の原因 (外傷の場合は別紙「外傷原因届」添付) | |
| | 平・令 年 月 日 | | |
| 診療又は手当を受けた医師、歯科医師等の住所氏名 | | | 受診時点の受診者の年齢 |
| | | | 歳 |
| | | | ※装具・眼鏡・弾性着衣作成の場合は領収書の日付時点の年齢 |
| 自費診療を受けた期間及び装具作成日 | | 申請する金額(領収書の金額) | |
| 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 (日間) | | 円 | |
| ※装具・眼鏡・弾性着衣作成の場合は上段に領収書の日付を記載して下さい。 | | ◎自費の申請の場合は個人毎・診療月毎・入院外来毎・医療機関毎(調剤薬局に行かれた場合も別に1枚必要です)・診療科毎に1枚の用紙に記入して下さい。 | |
| *(該当○印) | ア. 自費で受診 イ. その他 ウ. 治療用装具の装着 エ. 治療用眼鏡等の作成 オ. 弾性着衣等の装着 | ア又はイの場合、健康保険証を使用できなかった理由 | |
| 療養の給付を受けることが出来なかった理由 | | | |
| 今回の申請の費用について、市区町村の医療費助成(乳児・福祉医療等)を受けますか | | *(該当○印) | 受ける ・ 受けない |
| 第三者の行為によって負傷したものですか | | *(該当○印) | はい ・ いいえ |
| 装具・眼鏡・弾性着衣作成の場合、お答え下さい。今回、作成は初めてですか | | *(該当○印) | はい ・ いいえ |
| 振込銀行 | 銀行 支店 | | |
| 普通預金口座番号 | No. | | |
| 名義 (必ず被保険者名義の口座を記入して下さい。) | フリガナ | | |

<健保記入欄>

| | | | | |
|-----------------------------|----------|--------|-------|------------|
| 同年月日 | 令和 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| 支払年月日 | 令和 年 月 日 | | | |
| 自費 | 治療用装具 | 治療用眼鏡等 | 弾性着衣等 | |
| 本人 | 高齢1割 | 高齢2割 | 高齢3割 | 家族 義務教育就学前 |
| 装具・眼鏡・弾性着衣 → 新規 ・ 2回目以降 () | | | | |
| 支給額 | 円 | 疾病コード | | |
| | | 資格取得 | 年 月 日 | |
| | | 資格喪失 | 年 月 日 | |