

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		