

# 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書（その1）

常務理事	事務長	課長	担当者

項目	コード	支給金額	該当時のみ	支給決定年月日
療養				年 月 日
第二家族療				備考
一部負担還				
家族療養付				
高額療				
合算高額療				
支給				

**例①**  
理由4. 10割負担の装具、  
コルセット等を作成したとき  
※外傷の場合、負傷原因報告書を添付

被保険者証の 記号・番号	123 - 1234567	この申請は、外傷 によるものですか？	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	「はい」の場合、「負傷原因報告書」 を添付ください。
氏名	健康 太郎	この申請は、第三者 行為によるものですか？	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	「はい」の場合、「負傷原因報告書」 と「第三者の行為による傷病届」を添 付ください。
生年月日	5. 昭和 7. 平成 45 年 1 月 20 日	この申請は、業務上 の理由によるもので すか？	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	「はい」の場合、「負傷原因報告書」 を添付ください。
S K 健康保険組合 理事長 殿 下記のとおり申請します。				
令和 5 年 1 月 15 日提出			申請者 氏名	健康 太郎
被保険者証の記号・番号を記入しない場合、被保険者のマイナンバーを記入し、 個人番号確認、本人確認をするための下注の添付書類をつけて提出ください。				

申請者 の氏名	健康 小次郎	被保険者 との続柄	長男等具体的に記入 二男	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 16 年 12 月 8 日
傷病名	右膝十字靭帯損傷	発病又は負傷の原因	スキー旅行で、スキー中に転倒		
発病又は負傷年月日	令和 5 年 1 月 2 日	発病又は負傷年月日	平成 令和 5 年 1 月 2 日	不詳	
下記理由 1. 2. 3. 6の 診療期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日	療養に要した 費用(領収額)	56,789 円		
療養の 給付を 受ける ことが 出来な かった 理由	1. やむを得ず、医療機関を受診したとき。 ※(その2) 添付 2. 被保険者が療養を受けることが出来なかったとき。 ※(その2) 3. はり、灸、あんま、マッサージ、指圧を受けたとき。 ※(その3) 4. 装具、コルセット等の治療材料を必要とするとき。 ※靴型装具は 5. 輸血のため、生血代を支払ったとき。 6. 海外において診療を受けたとき。(治療目的の海外渡航を除く) ※様式A~D添付 7. その他 ( )				
医療機関 等名称	〇〇整形外科クリニック	医療機関 等 所在地 電話番号	〒 000 - 0000 ▲▲県〇〇市▽▽▽1丁目16-25 電話番号 0123 - 45 - 6789		
医師の 氏名	〇〇 □□□				

傷病名は  
医師の意見書に  
記載された病名を  
そのまま記入する

領収証に記載された  
金額を記入する

受領委任 欄	この給付金の受領を下記の者に委任します。	受領委任 年月日	令和 5 年 1 月 17 日
	(事業所) 株式会社□□□ (役職名) 総務部長 (氏名) ○▽□ ◆◇○	受領委任 者氏名	健康 太郎

【注意  
事項】

- 記入は消えないボールペンで、日付は和暦、選択欄は該当数字を○で囲んでください。
- 訂正は二重線で抹消し、訂正者氏名を自署ください。(修正テープ使用不可)
- マイナンバーで届出の場合「マイナンバーカードの両面の写し」もしくは「マイナンバーを記載した公的書類の写しと官公署が発行する写真付き身分証の写し」のどちらかを添付してください。
- この申請書に添付する領収証と医師の証明は原本を提出してください。
- 怪我、第三者行為、業務上の理由による申請は、必ず負傷原因報告書をご提出ください。
- はり、灸、あんま、マッサージ、指圧に使用の場合は、医師の同意を受けた傷病名を記入してください。

# 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書（その1）

常務理事	事務長	課長	担当者

項目	コード	支給金額	該当時のみ	支給決定年月日
療養				月 日
第二家族療				考
一部負担還				
家族療養付				
高額療				
合算高額療				
支給額				

**例②**

理由 2. 被保険者証の手続き中

(1)10割自費で支払った場合

(2)前の被保険者証を使用した場合

被保険者証の 記号・番号	123 - 1234567	この申請は、外傷 によるものですか？	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	「はい」の場合、「負傷原因報告書」 を添付ください。
氏名	健康 太朗	この申請は、第三者 行為によるものですか？	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	「はい」の場合、「負傷原因報告書」 と「第三者の行為による傷病届」を添 付ください。
生年月日	5. 昭和 7. 平成 45 年 1 月 20 日	この申請は、業務上 の理由によるもので すか？	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	「はい」の場合、「負傷原因報告書」 を添付ください。
S K 健康保険組合 理事長 殿 下記のとおり申請します。		申請者 氏名		健康 太朗
令和 5 年 1 月 15 日提出		被保険者証の記号・番号を記入しない場合、被保険者のマイナンバーを記入し、 個人番号確認、本人確認をするための下注の添付書類をつけて提出ください。		

申請者 の氏名	健康 小梅	被保険者 との続柄	長男等具体的に記入 母	生年月日	5. 昭和 7. 平成 25 年 10 月 19 日
傷病名	高血圧症、高脂血症	発病又は負傷の原因		発病又は負傷年月日	平成・令和 年 月 日 <input checked="" type="radio"/> 不詳
下記理由 1. 2. 3. 6の 診療期間	令和 4 年 12 月 4 日 から 令和 4 年 12 月 4 日 迄の 1 日間	療養に要した 費用(領収額)			2,789 円
療養の 給付を 受ける ことが 出来な かった 理由	1. やむを得ない理由により被保険者証を提示せずに受診。 ※ (その2) 添付 2. 被保険者証の交付手続き中のとき。 ※ (その2) 添付 3. はり、灸、あんま、マッサージ、指圧を受けたとき。 ※ (その3) 添付 4. 装具、コルセット等の治療材料を必要とするとき。 ※ 靴型装具は完成品の 5. 輸血のため、生血代を支払ったとき 6. 海外において診療を受けたとき 7. その他 ( )				
医療機関 等名称	▽▽クリニック				
医師の 氏名	▽▽ ▲▲				

領収証に記載された  
金額を記入する

(1)10割支払い  
様式(その2)の代わりに、医療機関等  
が発行する診療報酬明細書の添付も可

(2)前の被保険者証を使用  
前の保険者が領収証と共に診療報酬明細  
書を発行。  
診療報酬明細書は開封せずに添付のこと

受領 委任 欄	この給付金の受領を下記の者に委任 (事業所) 株式会社□□□□ (役職名) 総務部長 (氏名) ○▽□ ◆◇○	受領委任 者氏名	健康 太朗
			5 年 1 月 17 日

- 【注意  
事項】
- 記入は消えないボールペンで、日付は和暦、選択欄は該当数字を○で囲んでください。
  - 訂正は二重線で抹消し、訂正者氏名を自署ください。(修正テープ使用不可)
  - マイナンバーで届出の場合「マイナンバーカードの両面の写し」もしくは「マイナンバーを記載した公的書類の写しと官公署が発行する写真付き身分証の写し」のどちらかを添付してください。
  - この申請書に添付する領収証と医師の証明は原本を提出してください。
  - 怪我、第三者行為、業務上の理由による申請は、必ず負傷原因報告書をご提出ください。
  - はり、灸、あんま、マッサージ、指圧に使用の場合は、医師の同意を受けた傷病名を記入してください。

# 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書（その1）

常務理事	事務長	課長	担当者

項目	コード	支給金額	該当時のみ	支給決定年月日
療養費	20	<div style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 10px; border-radius: 10px;"> <b>例3</b> 理由6. 海外療養費                 </div>	・海外療養費 ・標準報酬月額 千円	令和 年 月 日
第二家族療養費	20			備考
一部負担還元金	73			
家族療養付加金	74			
高額療養費	53			円
合算高額療養費	75			円
支給額計				円

被保険者証の 記号・番号	123 - 1234567	この申請は、外傷 によるものですか？	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	「はい」の場合、「負傷原因報告書」 を添付ください。
氏名	健康 太郎	この申請は、第三者 行為によるものですか？	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	「はい」の場合、「負傷原因報告書」 と「第三者の行為による傷病届」を添 付ください。
生年月日	5. 昭和 7. 平成 45 年 1 月 20 日	この申請は、業務上 の理由によるもので すか？	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	「はい」の場合、「負傷原因報告書」 を添付ください。
S K 健康保険組合 理事長 殿 下記のとおり申請します。				
令和 5 年 1 月 15 日提出			申請者 氏名	健康 太郎
被保険者証の記号・番号を記入しない場合、被保険者のマイナンバーを記入し、 個人番号確認、本人確認をするための下注の添付書類をつけて提出ください。				

申請者 の氏名	健康 太郎	被保険者 との続柄	長男等具体的に記入 本人	生年月日	5. 昭和 7. 平成 45 年 1 月 20 日 9. 令和
傷病名	虫歯	発病又は負傷の原因		発病又は負傷年月日	平成・令和 4 年 10 月 11 日 ・ 不詳
下記理由 1. 2. 3. 6の 診療期間	令和 4 年 10 月 15 日 から 令和 4 年 10 月 30 日 迄の 2 日間	療養に要した 費用(領収額)			16,479香港ドル 円
療養の 給付を 受ける ことが 出来な かった 理由	1. やむを得ない理由により被保険者証を提示せずに受診。 ※(その2) 添付 2. 被保険者証の交付手続き中のとき。 ※(その2) 添付 3. はり、灸、あんま、マッサージ、指圧を受けたとき。 ※(その3) 添付 4. 装具、コルセット等の治療材料を必要とするとき。 ※靴型装具は完成品の 5. 輸血のため、生血代を支払ったとき。 6. 海外において診療を受けたとき。(治療目的の海外渡航を除く) ※様式A~D添付 7. その他 ( )				
医療機関 等名称	台北歯科クリニック	(1) 医科の場合、様式AとBとDを添付 (2) 歯科の場合、様式AとCとDを添付			
医師の 氏名	▽▽ ▲▲				424 - 9876

受領 委任 欄	この給付金の受領を下記の者に委任します。	受領委任 年月日	令和 5 年 1 月 17 日
	(事業所) 株式会社□□□ (役職名) 総務部長 (氏名) ○▽□ ◆◇○	受領委任 者氏名	健康 太郎

【注  
意  
事  
項】

- 記入は消えないボールペンで、日付は和暦、選択欄は該当数字を○で囲んでください。
- 訂正は二重線で抹消し、訂正者氏名を自署ください。(修正テープ使用不可)
- マイナンバーで届出の場合「マイナンバーカードの両面の写し」もしくは「マイナンバーを記載した公的書類の写しと官公署が発行する写真付き身分証の写し」のどちらかを添付してください。
- この申請書に添付する領収証と医師の証明は原本を提出してください。
- 怪我、第三者行為、業務上の理由による申請は、必ず負傷原因報告書をご提出ください。
- はり、灸、あんま、マッサージ、指圧に使用の場合は、医師の同意を受けた傷病名を記入してください。