健康保険　被保険者 被扶養者　療養費　支給申請書

※被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です
個人番号記載欄

提出年月日　令和　　年　　月　　日

被保険者	被保険者等	記号		番号	
	氏　名			事業所名	
	住　所	（〒　　－　　）		（TEL　　－　　－　　）	
申請内容	受診者 区分	☐ 被保険者　☐ 被扶養者（家族）		続　柄（家族の場合）	
	受診者 氏名			生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日（　才）
	傷 病 名			発病または負傷年月日	令和　年　月　日
	負傷による申請の場合	負傷した場所		負傷した時の状況（原因）	
		第三者による負傷ですか	☐ はい　☐ いいえ		
	診療を受けた医療機関等	名称	所在地	診療した医師等の氏名	
	診療を受けた期間	令和　年　月　日 から　令和　年　月　日 まで　日間			
	診療に要した費用の額	円			
	申請の理由 添付書類が必要です (必要書類をご確認ください)	☐ 加入して間もなく医療機関を受診し、健康保険の資格を確認できなかったため ☐ 緊急で医療機関を受診し、マイナ保険証等が手元になかったため ☐ 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため ☐ 治療用装具を作成したため　（作成日：令和　年　月　日） ☐ 治療用眼鏡を購入したため　（購入日：令和　年　月　日） ☐ その他（　）			
提出の委任		☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（※委任する場合は☑）			

振込指定口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑、利用しない場合は下記の欄を記入。） ※口座情報の反映には登録から数日要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。			
	金融機関	銀行・信組 金庫・農協	本店 支店・出張所	
	口座番号	☐ 普通 ☐ 当座	口座名義（カタカナ）	

※ 被保険者名義の口座を記入してください。

【健康保険組合 記入欄】

資格取得(認定)日	H R　年　月　日	請 求 額	
資格喪失(終了)日	R　年　月　日	自己負担額	
受診者 負担割合	3 ・ 2（高一/未就）	支 給 額	十 万 千 百 十 円

千葉県建設業健康保険組合

【添付書類について】

申 請 理 由	必 要 書 類
健康保険の資格を確認できなかった等、医療機関で保険診療10割負担をした場合（マイナ保険証を忘れた等）	① 領収書（原本） ② 診療明細書（医療機関で発行した診療内容の明細書） ※ 診察、薬剤、検査、処置、手術等の金額（点数）がわかる書類
他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため	① 医療費を、医療保険者に返納した際の領収書（原本） ② 診療報酬明細書（封筒に入ったもの） 返納が確認され次第、返納先から送付されます。 ※ 開封せずにそのまま添付してください。
治療用装具（コルセット等）を作成した	① 領収書（原本） ② 医師が交付した、意見および装具装着証明書（原本） ※ 担当の医師が治療上、装具を必要と認め、さらに装具の装着を確認したことの証明書。
治療用眼鏡等（小児弱視等）を購入した 対象：9歳未満の小児	① 領収書（原本） ② 医師が交付した、治療用眼鏡等の作成指示書 （検査結果含む）
四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等を購入した	① 領収書（原本） ② 医師が交付した、弾性着衣等の装着指示書

※ 上記以外にも必要に応じて、書類をご提出いただく場合があります。

千葉県建設業健康保険組合