

記入例

和 年 月 日	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係
和 年 月 日						
この部分には記入しないでください。						
得	喪	年 月 日	削	年 月 日		
求	査	定	種	目	請	査
円			円		円	円
議 再 診			検 査			
			合 計			
			一 部 負 担			

立替払いをした場合A
 (何らかの理由で)健康保険証を持たずに医療機関を受診し、窓口で全額自己負担した場合。
 ※添付書類は2面1Aをご参照ください。

健康保険証を見て正確にご記入ください

該当する方に○を付けてください。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑦ 被保険者証 記号・番号	④ 生 年 月 日	⑧ 被保険者の (フリガナ)	ホウドウ タロウ		
	1 2 3 4 5 6 7	昭和 平成 令和	昭和 平成 令和	報道 太郎		
	療養が被扶養者に 関する時はその方の	④ 氏 名	④ 生年 月 日	昭和 平成 令和	⑧ 被保険者 との続柄	
	④ 被保険者の (フリガナ)	カナガワケン 〇〇シ 〇〇チョウ				
	(申請者)	〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ				
	住 所	神奈川県〇〇市〇〇町ΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔ ΔΔΔ (ΔΔΔ) ΔΔΔΔ				
	⑧ 事 業 所 の 名 称	(勤務先名称) 〇〇〇株式会社	⑧ 事 業 所 の 所 在 地	(勤務先住所) 東京都中央区〇〇 Δ-ΔΔ-ΔΔΔ 〇〇ビル		
	⑨ 傷 病 名	(わかる範囲でご記入ください) 例 胃腸炎		⑩ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平(令) ΔΔ年6月1日	
	⑫ 負傷の場合その原因及び経過	[負傷日時・場所等] ※傷病名がけがの場合のみご記入ください 平・令 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃 1. けが(負傷)をした日は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 出勤日 ・ <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他 () 2. けが(負傷)をした時間帯は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中 ・ <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 ・ <input type="checkbox"/> 退勤) <input type="checkbox"/> 出張中 ・ <input type="checkbox"/> 私用 ・ <input type="checkbox"/> その他 () 3. けが(負傷)をした場所は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 会社内 ・ <input type="checkbox"/> 道路上 ・ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 () 4. けが(負傷)をした原因は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 交通事故 ・ <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場の行事 ・ <input type="checkbox"/> 職場の行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼主 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない 5. 「上記4」にあてはまる場合、あなたは次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 被害者 ・ <input type="checkbox"/> 加害者 ・ <input type="checkbox"/> 相手無 6. 負傷の状況・原因を具体的に記入してください。				
	診療を受けた	⑪ 名 称	〇〇クリニック		⑫ 診療した医師氏名	〇〇 〇〇〇
病院等	⑬ 所在地	東京都〇〇区〇〇町 Δ-ΔΔ-Δ				
⑭ 診 療 の 期 間 (支給期間)	自 ΔΔ年6月1日	診 療 日 数	3 日	⑮ 入院・入院外 の 別	⑯ 入院の場合、入院の期間	
	至 ΔΔ年6月9日			入院外	平・令 年 月 日から	
				入院	平・令 年 月 日まで 日間	
⑰ 診 療 の 内 容	(わかる範囲でご記入ください) 例 初診、投薬 他		⑱ 療養の給付を受ける ことができなかった理由			
			保険証を持たずに受診したため			

令和 ΔΔ年 7 月 1 日提出

受付日付印

⑩は医療機関を受診した日です。
 例えば、6/1、6/3、6/9に受診日した場合は
 (自)令和ΔΔ年6月1日~(至)令和ΔΔ年6月9日
 3日間となります。

該当する項目に○を
付けてください。

領収書の金額を
ご記入ください

記入例

委任状	本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。		令和 △△ 年 7 月 1 日
	⊖ 被保険者 (申請者)	住所	神奈川県○○市○○町△△-△△-△△△
		氏名	報道 太郎
	⊗ 代理人	住所	東京都中央区○○ △-△△-△△△ ○○ビル ○○○ 株式会社
	氏名	代表取締役 ○○ ○○○	

事業主(勤務先)記入

【記入上の注意】

1. 標題の「被保険者」「被扶養者」の文字はいずれか該当する方をマルで囲んでください。
2. 1. で「被保険者」にマルをされた方は ⊖⊗Ⓐ の欄に“該当せず”とご記入ください。
〃 「被扶養者」にマルをされた方は ⊖⊗Ⓐ の欄に必ずご記入ください。
3. 任意継続被保険者の方は ⊗ の欄に“任意継続”とご記入ください。
4. ⊖「傷病名」の欄が、けがの場合は ⊕「負傷の場合その原因及び経過」の欄を必ずご記入ください。
5. 診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と、医師以外の者から手当を受けた場合は、⊗⊕ⒶⒶ ⊕ⒶⒶ の欄はその様に読みかえてご記入ください。
6. 「委任状」の欄は ⊖ の欄は被保険者(申請者)が、また ⊗ の欄は代理人(事業主)がご記入ください。

【添付書類について】

1. 立替払いをした場合

A やむを得ず保険証を持たずに病院へ行き、全額自己負担した場合。

① 領収書(原本)

② 医療機関から発行された「診療報酬明細書」または、診療内容を記載した証明書(傷病名の記載があるもの)

B 誤って以前加入していた健保組合等の保険証を使用し、その診療費を返還した場合。

① 領収書(原本)

② 診療報酬明細書(開封しないでください)

2. 治療用装具、コルセット等を作製した場合

① 領収証(原本) ※明細が別紙になっている場合はそれも添付

② 医師の意見(同意)書又は装具証明書(原本)

③ 靴型装具の場合は、当該装具の写真(実際に装着する現物であることが確認できるもの)

※申請書の ⊕ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⊗ 診療の期間(支給期間)(自)の欄に上記の

②医師の意見(同意)書の同意年月日をご記入ください。

3. 小児用弱視等の治療用眼鏡を作製した場合

① 領収証(原本) ※「治療用眼鏡」と記入されているもの

② 保険医の作製指示書等(原本)

※申請書の ⊕ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⊗ 診療の期間(支給期間)(自)の欄に上記の

②保険医の作製指示書等の指示年月日をご記入ください。

4. 四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等

① 領収書(原本) ※明細がわかるもの

② 医師の作製指示書(原本) ※装着部位、手術日等が明記されていること。

記入例

この部分には記入しないでください。

立替払いをした場合B
誤って以前加入していた健康保険の保険証で
受診し、診療費を前の保険者に返還した場合。
※添付書類は2面1Bをご参照ください。

健康保険証を
見て正確にご
記入ください

該当する方に○を付けてください。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 被扶養者 療養付加金

⑦ 被保険者証 記号・番号 1 2 3 4 5 6 7	④ 生 年 月 日 昭和 平成 令和 49年12月1日	⑧ 被保険者の (フリガナ) ホウドウ タロウ 報道 太郎
療養が被扶養者に 関する時はその方の 氏 名 報道 花子	④ 生 年 月 日 昭和 平成 令和 53年10月16日	⑧ 被保険者 との続柄 妻
⑨ 被保険者の (フリガナ) カガワケン オオシ オオチョウ 〒 △△△-△△△△ 住 所 神奈川県○○市○○町△△-△△-△△△△	⑩ 事業所 の 名 称 (勤務先名称) ○○○株式会社	⑩ 事業所 の 所 在 地 (勤務先住所) 東京都中央区○○ △-△△-△△△ △ビル
⑪ 傷 病 名 (わかる範囲でご記入ください) 例 結膜炎	⑫ 発病又は負傷年月日 (療養開始日) 平(令) △△年6月1日	
⑬ 負傷の場合その 原因及び経過 [負傷日時・場所等] ※傷病名がけがの場合のみご記入ください 平・令 年 月 日 (曜日) □ 午前 ・ □ 午後 時 分頃 1. けが(負傷)をした日は次のうちどれにあたりますか。 □ 出勤日 ・ □ 休日(定休日・休暇を含む) □ その他 () 2. けが(負傷)をした時間帯は次のうちどれにあたりますか。 □ 勤務時間中 ・ □ 通勤途中 (□出勤 ・ □退勤) □ 出張中 ・ □ 私用 ・ □ その他 () 3. けが(負傷)をした場所は次のうちどれにあたりますか。 □ 会社内 ・ □ 道路上 ・ □ 自宅 □ その他 ()	4. けが(負傷)をした原因は次のうちどれにあたりますか。 □ 交通事故 ・ □ 暴力(ケンカ) □ スポーツ中 (□職場の行事 ・ □職場の行事以外) □ 動物による負傷 (飼主 □有 ・ □無) □ あてはまらない 5. 「上記4」にあてはまる場合、あなたは次のうちどれにあたりますか。 □ 被害者 ・ □ 加害者 ・ □ 相手無 6. 負傷の状況・原因を具体的に記入してください。	
診療を受けた 病 院 等	⑭ 名 称 ○○眼科クリニック	⑮ 診療した医師氏名 ○○ ○○○
	⑯ 所在地 神奈川県○○市○○町 △-△△-△	
⑰ 診 療 の 期 間 (支給期間)	自 △△年6月1日 診療 日 数 至 △△年6月9日 3 日	⑱ 入院・入院外 の 別 入院外 入院
⑰ 診 療 の 内 容	(わかる範囲でご記入ください) 例 再診、検査 他	⑲ 入院の場合、入院の期間 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間 ⑳ 診療に要した費用の額 △, △△△ 円
	㉑ 療養の給付を受ける ことができなかった理由	以前加入してた健康保険の 保険証を使用して受診したため

令和 △△年 7月 1日提出

受付日付印

⑲は医療機関を受診した日です。

例えば、6/1、6/3、6/9に受診日した場合は
(自)令和△△年6月1日~(至)令和△△年6月9日
3日間となります。

該当する項目に○を
付けてください。

領収書の金額を
ご記入ください

記入例

委任状	本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。		令和 △△ 年 7 月 1 日
	⊖ 被保険者 (申請者)	住所	神奈川県○○市○○町△△-△△-△△△
		氏名	報道 太郎
	⊗ 代理人	住所	東京都中央区○○ △-△△-△△△ ○○ビル ○○○ 株式会社
	氏名	代表取締役 ○○ ○○○	

事業主（勤務先）記入

【記入上の注意】

1. 標題の「被保険者」「被扶養者」の文字はいずれか該当する方をマルで囲んでください。
2. 1. で「被保険者」にマルをされた方は ⊖⊗Ⓐ の欄に“該当せず”とご記入ください。
〃 「被扶養者」にマルをされた方は ⊖⊗Ⓐ の欄に必ずご記入ください。
3. 任意継続被保険者の方は ⊗ の欄に“任意継続”とご記入ください。
4. ⊖「傷病名」の欄が、けがの場合は ⊕「負傷の場合その原因及び経過」の欄を必ずご記入ください。
5. 診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と、医師以外の者から手当を受けた場合は、⊗⊕ⒶⒶ ⊕ⒶⒶ の欄はその様に読みかえてご記入ください。
6. 「委任状」の欄は ⊖ の欄は被保険者(申請者)が、また ⊗ の欄は代理人(事業主)がご記入ください。

【添付書類について】

1. 立替払いをした場合

A やむを得ず保険証を持たずに病院へ行き、全額自己負担した場合。

- ① 領収書(原本)
- ② 医療機関から発行された「診療報酬明細書」または、診療内容を記載した証明書(傷病名の記載があるもの)

B 誤って以前加入していた健保組合等の保険証を使用し、その診療費を返還した場合。

- ① 領収書(原本)
- ② 診療報酬明細書(開封しないでください)

2. 治療用装具、コルセット等を作製した場合

- ① 領収証(原本) ※明細が別紙になっている場合はそれも添付
- ② 医師の意見(同意)書又は装具証明書(原本)
- ③ 靴型装具の場合は、当該装具の写真(実際に装着する現物であることが確認できるもの)

※申請書の ⊕ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⊗ 診療の期間(支給期間)(自)の欄に上記の
②医師の意見(同意)書の同意年月日をご記入ください。

3. 小児用弱視等の治療用眼鏡を作製した場合

- ① 領収証(原本) ※「治療用眼鏡」と記入されているもの
- ② 保険医の作製指示書等(原本)

※申請書の ⊕ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⊗ 診療の期間(支給期間)(自)の欄に上記の
②保険医の作製指示書等の指示年月日をご記入ください。

4. 四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等

- ① 領収書(原本) ※明細がわかるもの
- ② 医師の作製指示書(原本) ※装着部位、手術日等が明記されていること。

記入例

この部分には記入しないでください。

治療用装具。コルセット等を作製した場合。
※ 添付書類は2面2をご参照ください。

健康保険証を見て正確にご記入ください

該当する方に○を付けてください。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

⑦ 被保険者証 記号・番号	① 生 年 月 日	⑦ 被保険者の (フリガナ)	ホウドウ タロウ	
1 2 3 - 4 5 6 7	昭和 平成 令和 49年12月1日	(申請者) 氏名	報道 太郎	
療養が被扶養者に 関する時はその方の 氏 名	④ 生 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	⑧ 被保険者 との続柄	
⑤ 被保険者の (フリガナ)	カナガワケン 〇〇シ 〇〇チョウ			
(申請者) 住 所	〒 △△△-△△△△ 神奈川県〇〇市〇〇町△△-△△-△△△△ Tel. △△△ (△△△) △△△△			
② 事 業 所 の 名 称	(勤務先名称) 〇〇〇株式会社	⑦ 事 業 所 の 所 在 地	(勤務先住所) 東京都中央区〇〇 △-△△-△△△ 〇〇ビル	
③ 傷 病 名	(わかる範囲でご記入ください) 例 右膝半月板損傷		⑨ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令 △△年6月10日
が 記 入 する 原因 及び 経過 と	[負傷日時・場所等] ※傷病名がけがの場合のみご記入ください 平・令 △△年 6 月 9 日 (○ 曜日) <input type="checkbox"/> 午前 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後 10 時 30 分頃		4. けが(負傷)をした原因は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 交通事故 ・ <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場の行事 ・ <input type="checkbox"/> 職場の行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼主 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) <input checked="" type="checkbox"/> あてはまらない	
	1. けが(負傷)をした日は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 出勤日 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他 ()		5. 「上記4」にあてはまる場合、あなたは次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 被害者 ・ <input type="checkbox"/> 加害者 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 相手無	
2. けが(負傷)をした時間帯は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中 ・ <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 ・ <input type="checkbox"/> 退勤) <input type="checkbox"/> 出張中 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 私用 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()		6. 負傷の状況・原因を具体的に記入してください。		
3. けが(負傷)をした場所は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 会社内 ・ <input type="checkbox"/> 道路上 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		自宅階段で転倒		
診療を受けた 病院等	② 名 称	〇〇整形外科		⑨ 診療した医師氏名
	⑦ 所在地	東京都〇〇区〇〇 △-△△-△		〇〇 〇〇〇
る 診 療 の 期 間 (支給期間)	自	△△年6月10日	診療 日数	⑩ 入院・入院外 の 別
	至	年 月 日	1 日	入院外 入院
診 療 の 内 容	装具作製		⑪ 療養の給付を受ける ことができなかった理由	補装具作成所が保険契約が無いため

令和 △△年 7 月 1 日提出

受付日付印

⑩の欄はケガをされた場合は、必ずご記入ください。

⑨は医師の意見(同意)書に記載されている、指示(同意)日をご記入ください。

該当する項目に○を付けてください。

領収書の金額をご記入ください

記入例

委任状	本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。		令和 △△ 年 7 月 1 日
	⊖ 被保険者 (申請者)	住所	神奈川県○○市○○町△△-△△-△△△
		氏名	報道 太郎
	⊕ 代理人	住所	東京都中央区○○ △-△△-△△△ ○○ビル ○○○ 株式会社
	氏名	代表取締役 ○○ ○○○	

事業主(勤務先)記入

【記入上の注意】

1. 標題の「被保険者」「被扶養者」の文字はいずれか該当する方をマルで囲んでください。
2. 1. で「被保険者」にマルをされた方は ⊖⊕⊗ の欄に“該当せず”とご記入ください。
〃 「被扶養者」にマルをされた方は ⊖⊕⊗ の欄に必ずご記入ください。
3. 任意継続被保険者の方は ⊗ の欄に“任意継続”とご記入ください。
4. ⊖「傷病名」の欄が、けがの場合は ⊕「負傷の場合その原因及び経過」の欄を必ずご記入ください。
5. 診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と、医師以外の者から手当を受けた場合は、⊕⊗⊗⊗
⊗⊗⊕ の欄はその様に読みかえてご記入ください。
6. 「委任状」の欄は ⊖ の欄は被保険者(申請者)が、また ⊕ の欄は代理人(事業主)がご記入ください。

【添付書類について】

1. 立替払いをした場合

- A やむを得ず保険証を持たずに病院へ行き、全額自己負担した場合。
- ① 領収書(原本)
 - ② 医療機関から発行された「診療報酬明細書」または、診療内容を記載した証明書(傷病名の記載があるもの)
- B 誤って以前加入していた健保組合等の保険証を使用し、その診療費を返還した場合。
- ① 領収書(原本)
 - ② 診療報酬明細書(開封しないでください)

2. 治療用装具、コルセット等を作製した場合

- ① 領収証(原本) ※明細が別紙になっている場合はそれも添付
- ② 医師の意見(同意)書又は装具証明書(原本)
- ③ 靴型装具の場合は、当該装具の写真(実際に装着する現物であることが確認できるもの)

※申請書の ⊕ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⊗ 診療の期間(支給期間)(自)の欄に上記の
②医師の意見(同意)書の同意年月日をご記入ください。

3. 小児用弱視等の治療用眼鏡を作製した場合

- ① 領収証(原本) ※「治療用眼鏡」と記入されているもの
- ② 保険医の作製指示書等(原本)

※申請書の ⊕ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⊗ 診療の期間(支給期間)(自)の欄に上記の
②保険医の作製指示書等の指示年月日をご記入ください。

4. 四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等

- ① 領収書(原本) ※明細がわかるもの
- ② 医師の作製指示書(原本) ※装着部位、手術日等が明記されていること。

記入例

この部分には記入しないでください。

小児用弱視等の治療用眼鏡を作製した場合
※ 添付書類は2面3をご参照ください。

健康保険証を見て正確にご記入ください

該当する方に○を付けてください。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 被扶養者 療養付加金

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑦ 被保険者証 記号・番号 1 2 3 — 4 5 6 7		① 生 年 月 日 昭和 平成 令和 59年12月1日		⑧ 被保険者の (フリガナ) 氏名 ホウドウ タロウ 報道 太郎	
	療養が被扶養者に 関する時はその方の 氏 名 報道 一郎		④ 生年 月 日 昭和 平成 令和 28年10月16日		⑨ 被保険者 との続柄 長男	
	⑩ 被保険者の (申請者) 住 所 〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ 神奈川県〇〇市〇〇町ΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ Tel ΔΔΔ (ΔΔΔ) ΔΔΔΔ		⑪ 事業所 の 名 称 (勤務先名称) 〇〇〇株式会社		⑫ 事業所 の 所 在 地 (勤務先住所) 東京都中央区〇〇 Δ-ΔΔ-ΔΔΔ 〇〇ビル	
	⑬ 傷 病 名 (わかる範囲でご記入ください) 例 弱視、内斜視		⑭ 発病又は負傷年月日 (療養開始日) 平・令 ΔΔ年6月10日			
	⑮ 負傷の場合その原因及び経過 [負傷日時・場所等] ※傷病名がけがの場合のみご記入ください 平・令 年 月 日 (曜日) □ 午前・□ 午後 時 分頃 1. けが(負傷)をした日は次のうちどれに当たりますか。 □ 出勤日・□ 休日(定休日・休暇を含む) □ その他 () 2. けが(負傷)をした時間帯は次のうちどれに当たりますか。 □ 勤務時間中 ・ □ 通勤途中 (□ 出勤 ・ □ 退勤) □ 出張中 ・ □ 私用 ・ □ その他 () 3. けが(負傷)をした場所は次のうちどれに当たりますか。 □ 会社内 ・ □ 道路上 ・ □ 自宅 □ その他 ()		4. けが(負傷)をした原因は次のうちどれに当たりますか。 □ 交通事故 ・ □ 暴力(ケンカ) □ スポーツ中 (□ 職場の行事 ・ □ 職場の行事以外) □ 動物による負傷 (飼主 □ 有 ・ □ 無) □ あてはまらない 5. 「上記4」にあてはまる場合、あなたは次のうちどれに当たりますか。 □ 被害者 ・ □ 加害者 ・ □ 相手無 6. 負傷の状況・原因を具体的に記入してください。			
	⑯ 診療を受けた 病 院 等		⑰ 名 称 〇〇眼科		⑱ 診療した医師氏名 〇〇 〇〇〇	
	⑲ 診 療 の 期 間 (支給期間)		⑳ 所在地 神奈川県〇〇市〇〇 Δ-ΔΔ-Δ			
	自 ΔΔ年6月10日 至 年 月 日		⑳ 診療 日 数 1 日		㉑ 入院・入院外 の 別 入院外 入院	
	⑳ 診 療 の 内 容 治療用眼鏡の作製		㉒ 入院の場合、入院の期間 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間		㉓ 診療に要した費用の額 Δ, ΔΔΔ 円	
	㉔ 療養の給付を受ける ことができなかった理由 補装具作成所が保険契約が無いため					

令和 ΔΔ年 7月 1日提出

受付日付印

⑭は医師の意見(同意)書に記載されている、指示(同意)日をご記入ください。

該当する項目に○を付けてください。

領収書の金額をご記入ください。但し、支給額には上限があります。

記入例

委任状	本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。		令和 △△ 年 7 月 1 日
	⊖ 被保険者 (申請者)	住所	神奈川県○○市○○町△△-△△-△△△
		氏名	報道 太郎
	⊗ 代理人	住所	東京都中央区○○ △-△△-△△△ ○○ビル ○○○ 株式会社
	氏名	代表取締役 ○○ ○○○	

事業主（勤務先）記入

【記入上の注意】

1. 標題の「被保険者」「被扶養者」の文字はいずれか該当する方をマルで囲んでください。
2. 1. で「被保険者」にマルをされた方は ⊖⊗⊙ の欄に“該当せず”とご記入ください。
〃 「被扶養者」にマルをされた方は ⊖⊗⊙ の欄に必ずご記入ください。
3. 任意継続被保険者の方は ⊙ の欄に“任意継続”とご記入ください。
4. ⊖「傷病名」の欄が、けがの場合は ⊙「負傷の場合その原因及び経過」の欄を必ずご記入ください。
5. 診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と、医師以外の者から手当を受けた場合は、⊗⊙⊙⊙
⊙⊙⊙ の欄はその様に読みかえてご記入ください。
6. 「委任状」の欄は ⊖ の欄は被保険者(申請者)が、また ⊗ の欄は代理人(事業主)がご記入ください。

【添付書類について】

1. 立替払いをした場合

A やむを得ず保険証を持たずに病院へ行き、全額自己負担した場合。

- ① 領収書(原本)
- ② 医療機関から発行された「診療報酬明細書」または、診療内容を記載した証明書(傷病名の記載があるもの)

B 誤って以前加入していた健保組合等の保険証を使用し、その診療費を返還した場合。

- ① 領収書(原本)
- ② 診療報酬明細書(開封しないでください)

2. 治療用装具、コルセット等を作製した場合

- ① 領収証(原本) ※明細が別紙になっている場合はそれも添付
- ② 医師の意見(同意)書又は装具証明書(原本)
- ③ 靴型装具の場合は、当該装具の写真(実際に装着する現物であることが確認できるもの)

※申請書の ⊕ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⊗ 診療の期間(支給期間)(自)の欄に上記の
②医師の意見(同意)書の同意年月日をご記入ください。

3. 小児用弱視等の治療用眼鏡を作製した場合

- ① 領収証(原本) ※「治療用眼鏡」と記入されているもの
- ② 保険医の作製指示書等(原本)

※申請書の ⊕ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⊗ 診療の期間(支給期間)(自)の欄に上記の
②保険医の作製指示書等の指示年月日をご記入ください。

4. 四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等

- ① 領収書(原本) ※明細がわかるもの
- ② 医師の作製指示書(原本) ※装着部位、手術日等が明記されていること。