

**被保険者  
被扶養者** 療養費支給申請書

本	記号・番号 (保険証左上に記載)	999 - 9999	事業所名	〇〇〇〇株式会社			
	被扶養者が 診療を受けたとき	氏名	健保 すみれ	生年月日	昭和 平成 令和	59年 3月 27日	続柄
人	診療を受けた 医療機関の	名称	〇〇整形外科医院		診療に要した費用 (領収書原本添付のこと)	25,153円	
	傷病名	右膝前十字靭帯損傷					
記	発病、負傷の原因 およびその経過	(いつ)	令和 3年 3月 31日 体育館で				
		(どこで)	バレーボールの練習中に、負傷して医療機関を受診。装具装着となった。				
入	業務や通勤による ものですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	第三者の行為に よるものですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	※「はい」の場合は 「第三者行為による 傷病届」を提出してください
	診療を受けた期間	令和 3年 4月 1日 から令和 3年 4月 30日 まで					<input type="checkbox"/> 入院中 <input checked="" type="checkbox"/> 通院中
欄	本申請を行う理由	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具の作成 <input checked="" type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 他健保誤使用による精算 <input type="checkbox"/> 健保加入手続中の受診 <input type="checkbox"/> その他やむをえない理由( )					
	トッパングループ健康保険組合理事長殿 上記のとおり請求します。また、私は本申請に基づく給付金に関する権限を事業所代理人に委任します。 支給決定に際し必要に応じ、医療機関、事業所、保険者・官公庁等に照会を求めることに同意します。 令和 3年 5月 1日 被保険者の 住所 〒 222-2222 氏名 健保 弘志 TEL 222-222-2222 ※遺族による申請の場合は申請人の住所等を記載のこと						

事 業 所 記 入 欄	令和 3年 5月 1日	事業所代理人の	住所	〒 333-3333 東京都〇〇区〇〇3-3-3	
			氏名	〇〇株式会社 〇〇三郎	

添 付 書 類	治療用装具の作成に関する申請の場合	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具・・・医師の「意見書および装具装着証明書」の原本
		<input type="checkbox"/> 治療用眼鏡・・・医師の「眼鏡等作成指示書」の原本
	診療費用を全額自己負担した場合	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具等作成に関する領収書の原本(内訳の記載があるもの)
		<input type="checkbox"/> 治療用装具写真貼付台紙 ※靴型装具とそれに準じる場合は必要
他健保誤使用し、医療費を返還した場合	<input type="checkbox"/> 受診時の領収書の原本	
	<input type="checkbox"/> 医療機関が証明した診療(調剤)報酬明細書(レセプト) ※領収書と一緒に発行された簡易的な診療(調剤)明細書ではありません。	
		<input type="checkbox"/> 返還請求された金額を支払ったことを証明する領収書の原本
		<input type="checkbox"/> 医療費を返還した保険者から交付をうけた診療(調剤)報酬明細書(レセプト)

**【注意】**

○診療を受けた医療機関 ○医科・歯科・調剤の別 ○入院・外来の別 ○診療を受けた月 が異なる場合は分けて申請してください。  
○訂正する場合は訂正印をご捺印ください。

健 保 組 合	
決 裁	処 理

健保受付

