

## 療養費支給申請書（記入解説）

- ① 「健康保険被保険者証」の上部に記載されている記号・番号をご記入ください。
- ② 勤務する会社名をご記入ください。・・・例:文化シヤッター(株)
- ③ 被保険者の住所・氏名・生年月日をご記入ください。
- ④ 傷病名または負傷された箇所をご記入ください。
- ⑤ 発病または負傷された日付をご記入ください。
- ⑥ ④の原因をご記入ください。
- ⑦ 診療を受けた病院名をご記入ください。
- ⑧ 診療を受けた病院の住所をご記入ください。
- ⑨ 診療をされた医師の氏名をご記入ください。
- ⑩ 診療の期間をご記入ください。
- ⑪ 医療機関で療養の給付を受けられなかった場合はその理由をご記入ください。
- ⑫ 診療に要した費用の額をご記入ください。  
(例) 通院回数が複数回の場合  
1回目 6,000円 2回目 9,000円→15,000円(合算した額を記入します)
- ⑬ 第三者行為によって負傷したものかマルを付けてください。  
負傷の原因が第三者に起因するものであれば、その届出の有無を選択ください。  
・・・届出は「第三者行為災害」(健保組合帳票トレイを参照)となります。  
その第三者の氏名・住所をご記入ください。
- ⑭ 療養の給付の対象者が被扶養者の時は、その方の氏名・生年月日をご記入ください。
- ⑮ 受領代理人払い、給与加算給付をするので勤務先の会社名をご記入ください。
- ⑯ 被保険者の住所、氏名をご記入ください。  
(受領代理人とは勤務先の会社になります。空欄のまま本社人事総務へご提出ください)
- ⑰ 装具を使用する方が、障害者手帳を持っているかご記入ください。

※申請方法は、現行通り被保険者証の記号番号でお願い致します。 個人番号の記載は不要です。

注意) 当申請書のご記入が済みましたら、支社・支店経由で本社人事部へお送りください。

### 【必要な書類】

- ・ 装具・コルセットを医師の指示で作った場合・・・領収書(原本) と 医師の意見書(原本) と  
装具の型番記載のあるもの(原本)、**現物写真** を添付  
**【靴の現物写真の場合】** 表と靴底の写真  
**【靴のインソール現物写真の場合】** 表と裏の写真
- ・ 保険者証不携帯により医療費を全額支払った場合・・・領収書の原本と、  
診療報酬明細書の原本(初診〇〇点等が記載されているもの)を添付  
**※保険外診療は、対象外です。**
- ・ 海外で医療機関を利用したとき・・・  
領収書の原本(翻訳と翻訳者氏名、住所を“表面”に記載する事)を添付  
診療明細書の原本(翻訳と翻訳者氏名、住所を“表面”に記載する事)を添付  
翻訳→ 診療日(和暦)・診療費・薬代・合計など

※添付書類の原本の返却が必要な場合は、ふせん・メモなどを付けてその旨を記載してください。

# (記入例)

## 健康保険（被保険者・家族）療養費支給申請書（第 回 目）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号 一 番号	①	事業所名称	②	
	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をする為の添付書類が必要です)			備 考	
	健康保険法に基づく療養費および海外療養費の支給決定にあたり、文化シヤッター健康保険組合が必要に応じ、関係機関（医療機関、各種保険会社、人事総務部）に対して照会を行うこと、また関係機関がその照会に回答することに同意をした上で請求します。また上記の確認にあたり海外療養費の場合は、パスポートのコピーが必要な時は提示することも併せて同意します。				
	令和 年 月 日		被保険者 現住所： 【自署（入力不可）】被保険者 氏名： ③ ( 生年月日：昭和・平成 年 月 日 )		
	傷 病 名	④	発病・負傷の日	⑤ 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)	
	発病・負傷の原因	⑥			
	病院の名称	⑦			
	病院の所在地	〒 ⑧	診療に従事した医師の氏名	⑨	
	診療の期間	平・令 年 ⑩ 月 日～ 平・令 年 月 日 日間			
	療養の給付を受けることが出来なかった理由	⑪ 保険証不携帯 装具作成 など	診療の費用	金 ⑫ 円也	
療養の給付を受ける事が出来なかった理由	第三者行為によって、負傷したものであるか ⑬ 有・否		装具を使用する者は 障害者手帳を持っているか	⑬ 有・無	
対象者が被扶養者 有・否	氏名： ⑭ 年 月 日生	第三者の行為によって 負傷した時	その事実の届出の有無 第 三 者 の 氏 名 と 住 所	ある・ない ⑬	

令和 年 月 日 提出

提出順序 本人⇒支店 ⇒人事総務部⇒健康保険組合

\* 受領代理人払い、給与加算給付をするので下記に記入してください。

受付日付印

私は ⑮ に、この本人・家族、療養費の受領方を委任します。

被保険者 住 所 令和 年 月 日

氏 名 ⑯

### 【事業主の証明】

上記申請にあたり、相違ない事を証明致します。また給与加算給付の際には受領代理人となります。

事業主・受任者 事業所住所

事業所名

事業主氏名

「本帳票の内容は、業務上の連絡、給与等の支払、社会保険関係、福利厚生等の提供、社員名簿・各種台帳の作成、法律上の諸手続き、その他雇用管理上必要な諸手続きに利用します。但し、関係会社等あるいは取引先等へ業務上必要な範囲で本帳票記載の内容の開示をすることがあります。」  
上記の個人情報の利用目的並びに取扱について同意のうえ記入いたします。

同年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	係
支給額				
資格取得	年 月 日	資格喪失	年 月 日	

## 健康保険（被保険者・家族）療養費 支給申請書（第 回目）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号 ー 番号	—	事業所名称			
	<small>被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  <small>（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をする為の添付書類が必要です）</small> </small>			備 考		
	<small>健康保険法に基づく療養費および海外療養費の支給決定にあたり、文化シッター健康保険組合が必要に応じ、関係機関（医療機関、各種保険会社、人事総務部）に対して照会を行うこと、また関係機関がその照会に回答することに同意をした上で請求します。また上記の確認にあたり海外療養費の場合は、パスポートのコピーが必要な時は提示することも併せて同意します。</small>					
	令和 年 月 日		被保険者 現住所：			
	<b>【自署（入力不可）】被保険者氏名：</b> （ 生年月日：昭和・平成 年 月 日 ）					
	傷 病 名		発病・負傷の日	年 月 日 (負傷の場合は 時頃)		
	発病・負傷の原因					
	病 院 の 名 称					
	病 院 の 所 在 地	〒	診 療 に 従 事 した医師の氏名			
	診 療 の 期 間	平・令 年 月 日～ 平・令 年 月 日 日間				
療養の給付を受けることが出来なかった理由			診療の費用	金	円也	
療養の給付を受ける事が出来なかった理由	第三者行為によって、負傷したものであるか 有・否		装具を使用する者は	有・無		
			障害者手帳を持っているか			
対象者が被扶養者 有・否	氏名：	第三者の行 為によって 負傷した時	その事実の届出の有無	ある・ない		
	昭和・平成・令和 年 月 日生		第 三 者 の 氏 名 と 住 所			

令和 年 月 日 提出

提出順序 本人⇒支店 ⇒人事総務部⇒健康保険組合

\* 受領代理人払い、給与加算給付をするので下記に記入してください。

私は \_\_\_\_\_ に、この本人・家族、療養費の受領方を委任します。

受付日付印

被保険者 住 所 \_\_\_\_\_ 令和 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_

### 【事業主の証明】

上記申請にあたり、相違ない事を証明致します。また給与加算給付の際には受領代理人となります。

事業主・受任者 事業所住所

事業所名

事業主氏名

「本帳票の内容は、業務上の連絡、給与等の支払、社会保険関係、福利厚生等の提供、社員名簿・各種台帳の作成、法律上の諸手続き、その他雇用管理上必要な諸手続きに利用します。但し、関係会社等あるいは取引先等へ業務上必要な範囲で本帳票記載の内容の開示をすることがあります。」  
上記の個人情報の利用目的並びに取扱について同意のうえ記入いたします。