

記入例①
(以前加入していた健康保険を使用してしまった場合)

被保険者・被扶養者 療養費支給申請書
(第 回目)

被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	記号 00	被保険者が勤務する(していた)事業所の	名 称	〇〇〇〇(株) 〇〇営業所			
	番号 1111		所在地	東京都中央区新川〇-〇-〇 (TEL)03-0000-1111			
傷 病 名	腰椎圧迫骨折			発病又は負傷の年月日	令和6年4月1日		
発病又は負傷の原因	家の中で滑って転倒した。						
傷病の経過	良好						
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称 〇〇病院	所在地	〒000-0000 東京都中央区新川〇-〇〇-〇〇 (TEL)03-2222-3333				
	氏名 日本 次郎						
診療又は手当の内容	検査・レントゲン撮影・手術			入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日	コルセット装着日 年 月 日		
診療又は手当を受けた期間	自 令和6年4月1日 至 令和6年4月20日 20日間			診療又は手当に要した費用の額	300,000 円		
申請理由	1. 健康保険の資格が確認できずに10割負担したため 2. 以前加入していた健康保険を使用してしまったため 3. 治療用装具(コルセット、弾性着衣、治療用眼鏡等)を購入したため 4. 海外の病院で受診したため 5. その他《 》						
第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	該当しない	加害者の氏名				
			加害者の住所				
被扶養者に関する申請のとき	氏 名		生年月日	年 月 日	被保険者との続柄		
振込口座	給与口座(任意継続被保険者の方は、振込ご指定口座)						
備考							
上記のとおり申請します。 令和6年12月1日 住所 東京都中央区新川△-△△-△△ 被保険者の (TEL) 03-4444-5555 氏名 健保 太郎 日本NCR健康保険組合 理事長 殿							

【必要な添付書類】

前保険者から医療費返金後に送付される

- ・領収書
- ・診療報酬明細書

記入例②
(医師が必要と認めた治療用装具を購入した場合)

被保険者・被扶養者 療養費支給申請書
(第 回)

被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	記号 00	被保険者が勤務する(していた)事業所の	名 称	〇〇〇〇 (株) 〇〇営業所		
	番号 1111		所在地	東京都中央区新川〇-〇-〇 (TEL)03-0000-1111		
傷 病 名	腰椎圧迫骨折			発病又は負傷の年月日	令和6年4月1日	
発 病 又 は 負 傷 の 原 因	家の中で滑って転倒した。					
傷 病 の 経 過	良好					
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 医 療 機 関 の 名 称 ・ 所 在 地 及 び 医 師 の 氏 名	名称 〇〇病院		所在地	〒000-0000 東京都中央区新川〇-〇〇-〇〇 (TEL)03-2222-3333		
	氏名 日本 次郎					
診 療 又 は 手 当 の 内 容	入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日 コルセット装着日 令和6年4月20日					
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間			診療又は手当に要した費用の額	35,000 円	
申 請 理 由	1. 健康保険の資格が確認できずに10割負担したため 2. 以前加入していた健康保険を使用してしまったため 3. 治療用装具(コルセット、弾性着衣、治療用眼鏡等)を購入したため 4. 海外の病院で受診したため 5. その他《 》					
第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	該当しない	加害者の氏名			
			加害者の住所			
被 扶 養 者 に 関 する 申 請 の 時 刻	氏 名	健保 花子	生年月日	昭和54年11月2日	被保険者との続柄	妻
振込口座	給与口座(任意継続被保険者の方は、振込ご指定口座)					
備 考						
上記のとおり申請します。 令和6年12月1日 住所 東京都中央区新川△-△△-△△ 被保険者の (TEL) 03-4444-5555 氏名 健保 太郎 日本NCR健康保険組合 理事長 殿						

【必要な添付書類】

- ・ 領収書
- ・ 医師の装具作成に係る証明書(意見書)

記入例③
(小児(9歳未満)弱視等の治療用眼鏡を購入した場合)

被保険者・被扶養者 療養費支給申請書
(第 回目)

被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	記 号 00 番 号 1111	被 保 険 者 が 勤 務 する (し て い た) 事 業 所 の	名 称 所在地	〇〇〇〇 (株) 〇〇営業所 東京都中央区新川〇ー〇ー〇 (TEL)03-0000-1111			
傷 病 名	両屈折異常弱視		発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	不明 年 月 日			
発 病 又 は 負 傷 の 原 因	先天性						
傷 病 の 経 過	良好						
診 療 又 は 手 当 を 受 け た の 医 療 機 関 の 名 称 ・ 所 在 地 及 び 医 師 の 氏 名	名 称 〇〇病院		所 在 地	〒000-0000 東京都中央区新川〇ー〇〇ー〇〇 (TEL)03-2222-3333			
	氏 名 日本 次郎						
診 療 又 は 手 当 の 内 容	入 院 期 間 自 年 月 日 至 年 月 日 コルセット装着日 年 月 日						
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間		診 療 又 は 手 当 に 要 し た 費 用 の 額	28,000 円			
申 請 理 由	1. 健康保険の資格が確認できずに10割負担したため 2. 以前加入していた健康保険を使用してしまったため 3. 治療用装具(コルセット、弾性着衣、治療用眼鏡等)を購入したため 4. 海外の病院で受診したため 5. その他《 》						
第三者の行為に よる負傷である と 届 出 の 有 無	その事実 と 届 出 の 有 無		加 害 者 の 氏 名				
	該当しない		加 害 者 の 住 所				
被 扶 養 者 に 関 する 申 請 の 時 点	氏 名	健保 一郎	生 年 月 日	令和5年7月10日	被 保 険 者 と の 続 柄	長男	
振込口座	給与口座 (任意継続被保険者の方は、振込ご指定口座)						
備 考							
上記のとおり申請します。 令和6年12月1日 住所 東京都中央区新川△ー△△ー△△ 被保険者の (TEL) 03-4444-5555 氏名 健保 太郎 日本NCR健康保険組合 理事長 殿							

- 【必要な添付書類】
- ・領収書
 - ・医師の治療用眼鏡作成に係る指示書