

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

受付日付印

(一方を○で囲んでください)

記入見本
(治療用装具)

みずほ健康保険組合 御中

① 提出日

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

② 被保険者等	記号 ○○○○	番号 ○○○○○○○○	③ 氏名	みずほ 太郎					
④ 生年月日	昭和 平成	○ 年 ○ 月 ○ 日							
⑤ 住所 電話番号	〒 ○○○-○○○ 東京都○○区○○町1-1 連絡先(昼間)の電話番号 ○○ (○○○○) ○○○○								
⑥ 事業所名称	株式会社○○○○○		⑦ 所属部室店	○○○支店					
⑧ 対象者が家族の場合はその方の	氏名	みずほ 花子		生年月日	昭和 平成 令和	○ 年 ○ 月 ○ 日	年齢	12	歳
⑨ 傷病名	左足首捻挫								
不明の場合は「不明」「不詳」等ご記入ください。	いつ	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (○ 曜日)		午前 午後	○	時頃			
	どこで	○○駅の階段		何をして	踏み外して転んだ				
⑩ 発病の原因及び経過	A 業務(通勤)中ですか	はい ・ <input checked="" type="radio"/> いいえ		「はい」の場合はBへ					
	B 業務災害、通勤災害の認定を受けていますか。	はい ・ 請求中 ・ 未請求							
	傷病の原因は他人の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか。	はい ・ <input checked="" type="radio"/> いいえ		「はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。					
⑪ 診療を受けた医療機関等の	名称	○○○病院		医師等の氏名	○○ ○○				
	所在地	東京都○○○区○○○町1-2-3							
⑫ 療養費支給申請の理由	<input type="checkbox"/> ① 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため <input type="checkbox"/> ② 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため <input type="checkbox"/> ③ 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 <input type="checkbox"/> ④ その他() <input checked="" type="checkbox"/> ⑤ 治療用装具、弾性着衣等、治療用眼鏡等を作成・購入したため								
● 上記申請理由①②③④の場合はご記入ください。									
⑬ 診療を受けた期間	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 から	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 まで	日数	日	区分	入院	入院外		
⑭ 療養に要した費用の額(領収書の額)	円	⑮ 診療の内容							
● 上記申請理由⑤の場合はご記入ください。									
⑯ 装具の名称	左足関節装具		医師の証明書、領収書等を参考にご記入ください。						
⑰ 装具等の装着指示日(医師に指示を受けた日)	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	⑱ 装具等装着確認日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日						
⑲ 装具等購入日(領収日)	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	⑳ 装具等金額(領収書の額)	35,000 円						
㉑ 照会等の同意	私は、健康保険法に基づく私に対する本給付の支給可否決定に関する調査のため、みずほ健康保険組合が必要とする事項(私の個人情報を含む)について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び傷病に関わった団体等に対してみずほ健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受け、情報提供をすることについて同意致します。また、上記照会を行うにあたり、みずほ健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承致します。なお、本書の写しも有効と致します。 みずほ健康保険組合 理事長 様 受診者署名 みずほ 花子 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 受診者が中学生以下の場合は保護者の自署と受診者との続柄 保護者署名 みずほ 太郎 (続柄 父)								

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
※被保険者等記号・番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です。

備考欄