

1

医療機関へ受診した方が  
・被保険者(本人)の場合  
は被保険者  
・被扶養者(家族)の場合  
は家族  
へ○をつけてください。

2

被保険者(本人)について  
すべての欄をご記入ください。

3

通院、入院した期間  
をご記入ください。

※申請書は診療月ごと医療機関ごとに入院・入院外を分けて作成してください。

(例) ○○病院と○薬局へ  
令和4年4月5日に受診

→  
○○病院分の申請書1部、  
○薬局分の申請書1部を  
提出

4

領収書に記載されている金額をご記入ください。  
(医療費の10割分)

健康保険(被保険者) 療養費支給申請書

① 被保険者証の記号 123	② 被保険者(申請者)の氏名 ケンコウ タロウ 健康 太郎
③ 被保険者証の番号 45	④ 被保険者(申請者)の生年月日 昭和・平成・令和 40年7月3日
⑤ 被保険者(申請者)の現住所 〒123 - 0000 名古屋市中区△△△1-1 □□□マンション101	TEL (012) 345-6789 携帯 (987) 654-3210
⑥ 被保険者が勤務する(していた)事業所の名称 □□□株式会社	
⑦ 療養が被扶養者に 関するときはその方の氏名	⑧ 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
⑨ 傷病名 腰椎間板ヘルニア	⑩ 第三者行為によるものですか いいえ はい
※ 外傷性のもの(骨折損傷など)、腰部・頸椎疾患の場合は負傷原因区記入欄(⑪欄)を記入してください。	
⑪ 発病または負傷年月日(初診日) R3年5月20日	⑫ 発病の原因および経過 加齢によるもの
⑬ 診療を受けた医療機関等の名称 ○○○○○病院	⑭ 診療した医師の氏名 薬業 一郎
⑮ 所在地 名古屋市中区丸の内3丁目1-35	
⑯ 診療の期間または被扶養者が必要とされた日 R3年5月20日から 年月日 1日間	
⑰ 入院・入院外の別 入院外	
⑱ 入院の場合左記の入院期間 年月日から 年月日まで 日間	
⑲ 診療の内容 別紙診療報酬明細書のとおり	⑳ 診療に要した費用の額 31,500円
㉑ 療養の給付を受けることができなかった理由(記入または該当するものに○をつけてください) ア. 治療用器具を作成をしたため イ. 加入して間もなく、被保険者証が届いていなかったため ウ. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため エ. 旧被保険者証で受診したため オ. その他( )	
確認欄 この届出については、①又は②の要件を満たしたためである。 <input checked="" type="checkbox"/> ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 <input type="checkbox"/> ② 記載内容については誤りがないが申請者本人が確認している。	
療養費の別 1. 立替払等 2. 治療用器具 3. あんま 等の施術 4. はりきり 等の施術 5. 生血 6. 食事療養標準費控額 海外表示 1. 国内 2. 海外	
⑳ ページに委任状欄・負傷原因区記入欄があります。	
R3年7月20日提出 名古屋薬業健康保険組合 R3.3	

## ■提出・お問い合わせ先

〒460-0002 名古屋市中区丸の内3丁目1-35  
TEL: 052-211-2439

名古屋薬業健康保険組合 業務課

HP: <https://www.meiyaku-kenpo.or.jp/>

健康保険療養費支給申請書

受取代理人 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。  
R3 年 7 月 20 日

④ 被保険者(申請者)の氏名 **健康 太郎**

⑤ 代理人の氏名 **健康 一**

② 事業所名称 **□□□株式会社** 内

6 傷病原因記入欄  
傷病名が外傷性のもの(骨折・損傷など)、腰部・頸椎疾患である場合、記入または該当するものに○を打ってください。

対象者	健康 太郎	傷病名	腰椎間板ヘルニア
1 負傷した日時はいつですか。 令和3年5月20日 ( 曜日 ) 午前・午後 時 分頃			
2 負傷した時間帯は次のうちどれですか。 出勤前・通勤途中(出勤時・帰宅時)・勤務中・出張中・休憩中・帰宅後 <u>休日</u> ・休日・有給休暇 など、その他( )			
3 負傷した場所はどこですか。 会社内・工場内・運路上・営業先 <u>自宅</u> その他( )			
4 負傷した状況(原因)を具体的に記入してください。  起床時に起き上がろうとしたら腰がとてつもなく痛く起き上がれなかった。 おそらく加齢によるものだと思う。			
5 第三者の行為による負傷ですか。  <u>いいえ</u> はい(相手のいる負傷の場合は別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。)			
6 現在も治療を受けられていますか。  <u>はい</u> いいえ(「いいえ」の場合 年 月 治療終了)			

※ 健康保険証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。  
[マイナンバーにより申請する場合は、個人番号通知、本人確認をするための書類を併付の上、この欄に記載してください。]

社会保険労務士の提出代行者

R3.3

5

会社(事業主)ご記入欄

6

傷病名が外傷性のもの(骨折・損傷など)、腰部や頸椎疾患である場合は必ずご記入ください。

- 添付書類は申請書の裏面に記載があります。申請時には必ずご確認ください。
- 病院から交付を受けた「**診療報酬明細書**」を添付してください。
- 「診療明細書」では受理できかねますのでご了承ください。
- 事業主(会社)を通して組合までご提出ください。
- 事業主(会社)経由でのお振込みとなります。

# 記入例

## 健康保険療養費支給申請書

装具等の作成をした場合

1

装具を作成した方が  
 ・被保険者(本人)の場合は被保険者  
 ・被扶養者(家族)の場合は家族  
 へ〇をつけてください。

2

被保険者(本人)について  
 すべての欄をご記入ください。

3

■治療用装具: 医師の意見書に書かれている「装着の必要を認めた日」  
 ■治療用眼鏡、弾性着衣: 「医師の指示書の日付」  
 をご記入ください。

4

■治療用装具: 「(作成した装具名)の装着」  
 ■治療用眼鏡: 「治療用眼鏡の作成」  
 ■弾性着衣: 「弾性着衣を  
 購入したため」  
 とご記入ください。

健康保険 療養費支給申請書

① 被保険者証の記号	123	② 被保険者(申請者)の氏名	ケンコウ タロウ 健康 太郎
③ 被保険者(申請者)の番号	45	④ 被保険者(申請者)の生年月日	昭和 40年 7月 3日
⑤ 被保険者(申請者)の現住所	〒123-0000 TEL (012) 345-6789 名古屋市中央区△△△1-1 □□□マンション101 携帯 (987) 654-3210		
⑥ 被保険者が勤務する(していた)事業所の名称	□□□株式会社		
⑦ 療養が被扶養者に 関するときはその方の氏名		⑧ 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
⑨ 傷病名	腰椎椎間板ヘルニア	⑩ 第三者行為によるものですか	いいえ はい
⑪ 発病または負傷年月日(初診日)	R3年 5月 20日	⑫ 発病の原因および経過	加齢によるもの
⑬ 診療を受けた医療機関等の名称	〇〇〇〇〇病院	⑭ 診療した医師の氏名	薬業 一郎
⑮ 所在地	名古屋市中区丸の内3丁目1-35		
⑯ 診療の期間または装具等が必要とされた日	R3年 5月 20日から	⑰ 入院・入院外の別	入院外
⑱ 入院の場合左記の入院期間	年月日まで 日間	⑲ 入院の場合左記の入院期間	R3年 5月 20日から R3年 6月 2日まで 14 日間
⑳ 療養の内容	腰椎装具C軟性の装着	㉑ 診療に要した費用の額	26,977 円
㉒ 療養の給付を受けることができなかった理由(記入または該当するものに〇をつけてください)	ア. 治療用装具を作成をしたため イ. 加入して間もなく、被保険者証が届いていなかったため ウ. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため エ. 旧被保険者証で受診したため オ. その他( )		

確認欄 この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。  
 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。  
 ② 記載内容については誤りがないが申請者本人が承認している。

R3年 7月 20日提出  
 受付日付印

療養費の別		海外表示
1. 立替払等	2. 治療用装具	3. あんま 等の施術
4. はり 等の施術	5. 生 血	6. 食事療養標準費控除額
1. 国内		
2. 海外		

※ページに委任状欄・負傷原因記入欄があります。

名古屋薬業健康保険組合 R3.3

### ■提出・お問い合わせ先

〒460-0002 名古屋市中区丸の内3丁目1-35  
 TEL: 052-211-2439

名古屋薬業健康保険組合 業務課  
 HP: <https://www.meiyaku-kenpo.or.jp/>

# 記入例

## 健康保険療養費支給申請書

装具等の作成をした場合

健康保険療養費支給申請書

受取代理人 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。  
R3 年 7 月 20 日

受取代理人の欄	被保険者(申請者)の氏名	健康 太郎
	事業所名称	□□□株式会社 内
	代理人の氏名	健康 一

6 傷病原因記入欄  
傷病名が外傷性のもの(骨折・損傷など)、腰部・頸椎疾患である場合、記入または該当するものに○を打ってください。

対象者	健康 太郎	傷病名	腰椎椎間板ヘルニア
-----	-------	-----	-----------

1. 負傷した日時はいつですか。  
令和3 年 5 月 20 日 ( 曜日 ) 午前・午後 時 分頃

2. 負傷した時間帯は次のうちどれですか。  
出勤前・通勤途中(出勤時・帰宅時)・勤務中・出張中・休憩中・帰宅後  
 休日(定休日・有給休暇など)・その他( )

3. 負傷した場所はどこですか。  
会社内・工場内・道路上・営業先  自宅 (その他( ))

4. 負傷した状況(原因)を具体的に記入してください。  
起床時に起き上がろうとしたら腰がとてつもなく痛く起き上がれなかった。  
おそらく加齢によるものだと思う。

5. 第三者の行為による負傷ですか。  
 はい(相手のいる負傷の場合は別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。)

6. 現在も治療を受けられていますか。  
 はい  いいえ(「いいえ」の場合 年 月 治療終了)

被保険者の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。  
【マイナンバーにより申請する場合は、個人番号履歴、本人履歴をするための書類を併付の上、この欄に記載してください。】

社会保険事務士の  
提出代行者

R3.3

5

事業主(会社)ご記入欄

6

傷病名が外傷性のもの(骨折・損傷など)、腰部や頸椎疾患である場合は必ずご記入ください。

- 添付書類は申請書の裏面に記載があります。申請時には必ずご確認ください。
- 事業主(会社)を通して組合までご提出ください。
- 事業主(会社)経由でのお支払いとなります。