

受付年月日	年 月 日
伺い 年月日	年 月 日
決裁 年月日	年 月 日
支給	円
支給	日間

記入不要

支給支払決議書				
常務理事	事務長	課長	係長	担当
資格	資格			
支払				

記入不要

記入例① 小児(9才未満)弱視等の治療用眼鏡等

添付書類

治療用器具等の領収証・明細書
医師の証明書や意見書、指示書など

※ 医師の証明書等に記載されている日付は、領収証の日付より前か同日になっていなければなりません

なお、更新の場合は更新前眼鏡等の装着期間が、5才未満は1年以上、5才以上は2年以上、必要となります。

保険証に記載してある記号番号

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(第 1 回目)

被保険者証の記号・番号	記号 123 番号 456789	被保険者が勤務する(していた)事業所の名称	〇〇株式会社	
傷病名	屈折性弱視	発病又は負傷の年月日	年 不詳 月 日	
発病又は負傷の原因	先天性			
傷病の経過				
診療又は手当てを受けた医療機関の名称・所在地・医師の氏名	名称 ××医院 氏名 山田 一郎	所在地及び電話番号	〒 123-4567 〇〇県××市△町1-2-3 123 (456) 7890	
診療又は手当ての内容	治療用眼鏡を装着		入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日
診療又は手当てを受けた期間	自 H24年 4月 22日 至 年 月 日	から治療中	診療又は手当てに要した費用の金額	金 15,750円也
診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨	治療用眼鏡等は支給上限額がありますのでご注意ください <眼鏡> 支払額が36,701円以上の場合、未就学児は30,768円まで、就学~8歳児は26,922円まで支給 <コンタクトレンズ> 支払額が15,401円以上の場合、未就学児は12,911円まで、就学~8歳児は11,297円まで支給			
療養の給付又は特定療養費若しくは家族療養費の支給を受ける事が出来なかった理由				
第三者の行為による負傷のとき	被扶養者(お子様)の氏名・生年月日・続柄	者の氏名	者の住所	
被扶養者に関する申請のとき	氏名 健康 花太郎	生年 昭令 月日(平) 18年 2月 4日	被保険者との続柄	長男
振込み希望の金融機関	銀行 金庫 〇〇 組合 ××	本店(普) 口座番号 1234567	支店(当) 健康 太郎	
被保険者本人名義の口座	上記の通り申請します。		提出日	H24年 5月 1日
京葉ガス健康保険組合理事長 殿	被保険者の住所	〇〇県△△市××町 1-2-3		氏名 健康 太郎

注) ・医療機関、購入業者等へ支払った領収書(原本)を必ず添付してください
・輸血及びコルセット等、治療用器具購入・はり、灸、マッサージは夫々医師の(必要)証明・同意を記載した書類を添付

注射料	皮下筋肉内 静脈内 その他	回 回 回	円
検査 レントゲン料	透視 造影剤	回 回	円
処置		回	円
手術料	材料 麻酔 薬剤	回	円
入院料	給食 無食 その他()	日間 日間	円
その他			円
			合計 円
上記のとおり領収(診療)いたしました。		住所 年 月 日	医師 名称 氏名

記入不要

注) ・上記明細書に替えて同様の明細書を作成し交付して頂いても結構です
・すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して「診療明細書」としてください。
・歯科診療の場合は、別に領収(診療)明細書を作成してください。
・輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「治療の為必要と認める旨の証明書」を交付してください
この場合、上の領収(診療)明細書の記入は必要ありません。
・はり、灸、マッサージのときは上記明細書に替えて施術内容を記載した申請書等を交付してください

委任状	被保険	本請求に基づき給付金に関する権限を代理人に委任します。 年 月 日
振り込み希望の金融機関名	組合	支店 当座

領収書	金 京葉ガス健康保険組	記入不要	年 月 日
-----	----------------	------	-------

受付年月日	年 月 日	支給支払決議書				
伺い 年月日	年 月 日	常務理事	事務長	課長	係長	担当
決裁 年月日	年 月 日					
支給	円	資格				
支給	円					

記入不要

記入不要

どちらかに○
被保険者 … ご本人
被扶養者 … ご家族

保険証に記載
してある記号番号

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(第 1 回目)

被 保 険 者 の 記 入 す る こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 123 番号 456789	被保険者が勤 務する(してい た)事業所の	名称 〇〇株式会社 所在地 〇〇県××市△町1-2-3	
	傷病名	〇〇靱帯損傷		発病又は負傷 の年月日 H24年 4月 22日	
	発病又は負傷 の原因	マラソン中に転倒			
	傷病の経過	経過観察中			
	診療又は手当て を受けた医療機 関の名称・所在 地・医師の氏名	名称 ××医院 氏名 山田 一郎	所在地 及び電 話番号 123 (456) 7890	〒 123-4567 〇〇県××市△町1-2-3	
	診療又は手 当ての内容	〇〇装具の着用		入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日 入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日	入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日 入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日
	診療又は手当て を受けた期間	自 H24年 4月 22日 至 年 月 日	から治療中 日間	診療又は手当てに 要した費用の金額	金 19,800円也
	診療又は手当が 被保険者の選定 に係る特別の病 室の提供、その 他厚生大臣が定 める療養を含む ときはその旨				
	療養の給付又は 特定療養費若し くは家族療養費 の支給を受ける 事が出来なかつ た理由	該当するときは記入			
	第三者の行為に よる負傷のとき	事実内容	届け出	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 健康 花太郎	生年月日 18年 2月 4日	被保険者 との続柄 長男		
振込み希望の 金融機関	銀行 金庫 〇〇 × ×	本店 普 支店 当	口座番号 1234567	被保険者 の口座 健康 太郎	
被保険者本人名義の口座		上記の通り申請します。		提出日 H24年 5月 1日	
京葉ガス健康保険組合理事長 殿		被保険者の 住所 〇〇県△△市××町 1-2-3		氏名 健康 太郎	

注) ・医療機関、購入業者等へ支払った領収書(原本)を必ず添付してください
・輸血及びコルセット等、治療用装具購入・はり、灸、マッサージは夫々医師の(必要)証明・同意を記載した書類を添付

記入例② 治療用装具

(歩行補助器等・四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等)

添付書類

治療用装具等の領収証・明細書
医師の証明書や意見書、指示書など

※ 医師の証明書等に記載されている日付は、領収証の日付より前か同日になっていなければなりません

～ 健保で申請書受付後、必要と判断した場合は他の書類の提出を求める場合がありますのでご承知ください ～

例：治療用装具の写真
負傷原因調査票
第三者行為に関する報告書

注射料	静脈内 その他	回 回	
検査	透視 造影剤	回 回	円
処置	材料 麻酔 薬剤	回 回	円
手術料			
入院料	給食 無食 その他()	日間 日間	
入院年月日	平成 年 月 日		
その他			円
			合計 円
上記のとおり領収(診療)いたしました。			
年 月 日		住所 医師 名称 氏名	

記入不要

注) ・上記明細書に替えて同様の明細書を作成し交付して頂いても結構です
・すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して「診療明細書」としてください。
・歯科診療の場合は、別に領収(診療)明細書を作成してください。
・輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「治療の為必要と認める旨の証明書」を交付してください
この場合、上の領収(診療)明細書の記入は必要ありません。
・はり、灸、マッサージのときは上記明細書に替えて施術内容を記載した申請書等を交付してください

委任状	被保険者	本請求に基づき給付金に関する権限を代理人に委任します。 年 月 日
振り込み 希望の金 融機関名	組合 支店 当座	被保険者以外の方が受領する場合のみ記入 振込先口座は代理人名義のものを記入し、 被保険者との続柄が証明できる書類を添付してください 例：住民票(世帯全員・続柄記載)・戸籍謄本

領収書	金 京葉ガス健康保険	記入不要	年 月 日
-----	---------------	------	-------

受付年
伺い
決裁

記入不要

支給額 円

支給期間 自 年 年
至 年 年

どちらかに○
被保険者...ご本人
被扶養者...ご家族

常務理
当

記入不要

記入例③ 急病時、保険証不所持で医療機関を受診したとき

添付書類
領収(診療)明細書・領収証

保険証に記載
してある記号番号

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書 (第 1 回目)

被保険者証の 記号・番号	記号 123 番号 456789	被保険者が勤 務する(してい た)事業所の	名称 〇〇株式会社 所在地 〇〇県××市△町1-2-3
傷病名	インフルエンザ	発病又は負傷 の年月日	H24年 2月 22日
発病又は負傷 の原因	不明		
傷病の経過	2/22高熱のため医療機関受診 2/28頃快復		
診療又は手当 を受けた医療機 関の名称・所在 地・医師の氏名	名称 ××医院 氏名 山田 一郎	所在地 及び電 話番号	〒 123-4567 〇〇県××市△町1-2-3 123 (456) 7890
診療又は手 当ての内容	内容 検査、投薬	入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日 入院期間 至 年 月 日 入院期間 至 年 月 日	金 21,030円也
診療又は手当 を受けた期間	自 H24年 2月 22日 至 H24年 2月 22日	診療又は手当に 要した費用の金額	1 日間
診療又は手当が 被保険者の選 定に係る特別 の病室の提供 、その他厚生 大臣が定める 療養を含む ときはその旨	該当するときは記入		
療養の給付又は 特定療養費若 しくは家族療 養費の支給を 受ける事が 出来なかつ た理由	旅行時、保険証を携行していなかった 該当するときは記入		
第三者の行為に よる負傷の とき	受診者がご家族の場合は記入		
被扶養者に 関する申 請のとき	氏名 健康 花太郎	生年月日 18年 2月 4日	被保険者 との続柄 長男
振込み希望 の金融機関	銀行 金庫 〇〇 × × 組合	本店 普 支店 当 口座番号 1234567	フリガナ ケンコウ タロウ 健康 太郎
被保険者本人名義の口座		上記の通り申請します。	
京葉ガス健康保険組合理事長 殿		提出日	H24年 5月 1日
被保険者の 住所		〇〇県△△市××町 1-2-3 氏名 健康 太郎	

注) ・医療機関、購入業者等へ支払った領収書(原本)を必ず添付してください
・輸血及びコルセット等、治療用器具購入・はり、灸、マッサージは夫々医師の(必要)証明・同意を記載した書類を添付

領収(診療)明細書

(月 日から 月 日迄の分)

患者名	明大 昭平	年 月 日生	傷病名
診察料	初診 時間外・深夜・休日	円	診療実日数
			転帰
			日 治 死 中 日 休 亡 止
指導料	・同一家屋	円	
投薬量	内服 屯服 外用	円	
入院料	薬剤 (自) 月 日(至) 月 日 日間 給食 日間 無食 日間 その他() 日間 入院年月日 平成 年 月 日	円	
その他		円	合計 円
上記のとおり領収(診療)いたしました。 住所 年 月 日 医師 名称 氏名			

病院が記入・証明

病院から封緘(のり付け)済封筒を渡されている場合は、記入・証明不要
封筒を開封せずにそのまま添付してください

- ・上記明細書に替えて同様の明細書を作成し交付して頂いても結構です
- ・すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して「診療明細書」としてください。
- ・歯科診療の場合は、別に領収(診療)明細書を作成してください。
- ・輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「治療の為必要と認める旨の証明書」を交付してください
この場合、上の領収(診療)明細書の記入は必要ありません。
- ・はり、灸、マッサージのときは上記明細書に替えて施術内容を記載した申請書等を交付してください

委任状

本請求に基づき給付金に関する権限を代理人に委任します。 年 月 日

被保険者

被保険者以外の方が受領する場合のみ記入

振込み希望の金融機関

振込先口座は代理人名義のものを記入し、
被保険者との続柄が証明できる書類を添付してください
例:住民票(世帯全員・続柄記載)・戸籍謄本

組合 支店 当座

領収書

金 京葉ガス健康保険

記入不要

年 月 日