

<記入例> 急病になり、保険資格が確認できずに受診した場合

No. _____

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)

被保険者
家族

《注意事項》

(1) 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認められた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」を添付して下さい。
(2) コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費についての領収証書」を添付して下さい。

被保険者等の記号・番号		フリガナ		ケンポ タロウ	
記号	〇〇〇	番号	12345	被保険者の(申請者)氏名	
事業所名称			株式会社〇〇〇〇〇		事業所所在地
被保険者の(申請者)住所			〒000-0000		TEL
療養が被扶養者に関するときは、その者の氏名			健保 花子		被保険者との続柄
傷病名			急性胃炎		妻
発病又は負傷の原因及びその経過			不詳		第三者行為によるものですか
診療を受けた病院等			〇〇病院		いいえ・はい
診療の期間(支給期間)			〇〇年〇月〇日		診療に要した費用の額
診療の内容			診察、投薬		15,000 円
公金受取口座			ご希望の方はレ点を記入してください		急病になり、保険資格が確認できずに受診したため

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		年 月 日	
住所		被保険者(申請者)氏名	
住所		委任者と代理人との関係	
氏名		銀行・金庫・農協	
受取口座		本店・支店	
普通・当座		口座番号	
口座名義(※)		フリガナ	
		漢字	

(※) 口座名義は必ずフリガナをカタカナでご記入下さい。

受付日付印

<記入例> 医師の指示によりコルセットなどの治療用装具を購入、装着したとき

No. _____

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回 目)

《注意事項》

(1) 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認められた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」を添付して下さい。
(2) コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費についての領収証書」を添付して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の記号・番号			フリガナ	ケンボ タロウ			
	記号	〇〇〇	番号	12345	被保険者の(申請者)氏名			健 保 太 郎
	事業所名称	株式会社〇〇〇〇〇			事業所所在地	〇〇県△△市××区☆☆町1-1-1		
	被保険者の(申請者)住所	〒000-0000 〇〇県△△市××町1-2-3			TEL	123 (456)7890		
	療養が被扶養者に関するときは、その者の	氏名	健 保 太 郎		生年月日	昭和・平成・令和	被保険者との続柄	本人
	傷病名	膝十字靭帯損傷			発病又は負傷年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
	発病又は負傷の原因及びその経過	町内会主催の野球大会の試合で、スライディングをしたときに膝を捻ってしまった。				第三者行為によるものですか いいえ・はい		
	診療を受けた病院等	名称	〇〇整形外科病院		診療した医師氏名	鎌倉 二郎		
		所在地	〇〇県△△市××区☆☆町3-4-5					
	診療の期間(支給期間)	〇〇 年 〇 月 〇 日	日数	1	入院・入院外の別	入院の場合左記の入院期間		診療に要した費用の額
	至	〇 年 〇 月 〇 日		入院	自 年 月 日	日間	25,000 円	
				入院外	至 年 月 日			
診療の内容	装具の装着		療養の給付を受けることができなかった理由		治療用装具を作成したため			
公金受取口座	※ 振込先が給与(賞与)の振込口座と同じである場合は、記入不要です。 ※ 「受取代理人の欄」に記入がある場合は、受取代理人の口座に給付します。 ※ 給付日直前の変更や登録内容に誤り等があった場合は、給付日が遅延(翌月以降)する場合があります。 <input type="checkbox"/> 注意事項を確認しましたので、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。							

「領収証の日付」をご記入下さい。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日						
	住所 被保険者(申請者)氏名						
	住所	氏名				委任者と代理人との関係	
	受取口座	銀行・金庫・農協		本店・支店			
	普通・当座	口座番号	口座名義(※)	フリガナ 漢字			

(※) 口座名義は必ずフリガナをカタカナでご記入下さい。

受付日付印

<記入例> 9才未満の小児が弱視等の治療で医師の指示によりメガネ等を作成・購入したとき

No. _____

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回 目)

被保険者
家族

《注意事項》

(1) 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認められた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」を添付して下さい。
(2) コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費についての領収証書」を添付して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の記号・番号			フリガナ	ケンボ タロウ			
	記号	〇〇〇	番号	12345	被保険者の (申請者) 氏名	健 保 太 郎		
	事業所名称	株式会社〇〇〇〇〇			事業所 所在地	〇〇県△△市××区☆☆町1-1-1		
	被保険者の (申請者) 住 所	〒000-0000 〇〇県△△市××町1-2-3			TEL	123 (456)7890		
	療養が被扶養者に関するときは、その者の	氏名	健 保 次 郎		生年月日	昭和・平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	被保険者 との続柄	長男
	傷病名	弱視・斜視			発病又は 負傷年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	発病又は負傷の原因及びその経過	不 詳			第三者行為によるものですか いいえ・はい			
	診療を受けた病院等	名称	〇〇眼科		診療した医師氏名	鎌倉 三郎		
		所在地	〇〇県△△市××区☆☆町4-5-6					
	診療の期間 (支給期間)	〇〇年 〇月 〇日	日数	1	入院・入院外の別	入院	入院の場合左記の入院期間	診療に要した費用の額
診療の内容	治療用眼鏡の装着		療養の給付を受けることができなかった理由		治療用眼鏡を作成したため			
公金受取口座 ご希望の方はレ点 を記入してください	※ 振込先が給与(賞与)の振込口座と同じである場合は、記入不要です。 ※ 「受取代理人の欄」に記入がある場合は、受取代理人の口座に給付します。 ※ 給付日直前の変更や登録内容に誤り等があった場合は、給付日が遅延(翌月以降)する場合があります。 <input type="checkbox"/> 注意事項を確認しましたので、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。							

「領収証の日付」をご記入下さい。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日						
	住所 被保険者 (申請者) 氏名						
	住所	氏名				委任者と代理人との関係	
	受取口座	銀行・金庫・農協		本店・支店		フリガナ	
	普通・当座	口座番号	口座名義 (※)		漢字		

(※) 口座名義は必ずフリガナをカタカナでご記入下さい。

受付日付印

◆添付書類

<p>保険資格が確認できずに 受診した場合</p>	<p>①領収書(原本) ②医療費明細書や診療明細書(原本) 又は 診療報酬明細書(※レセプト)原本 ※開封せず封筒のまま提出して下さい。 <注意> ◆医療費明細書や診療明細書について ・領収書と一緒に発行される明細書です。 ◆診療報酬明細書(レセプト)について ・診療報酬明細書(レセプト)は、本人が医療機関へ申し出して発行されるものです。 (領収書発行時の医療費明細書とは別のものです。)</p>
<p>以前加入の健康保険を 使ったとき</p>	<p>①以前の健康保険に支払った領収書(原本) ②以前の健康保険から開封厳禁で送付された『診療報酬明細書(レセプト)』 ※開封せず封筒のまま提出して下さい。</p>
<p>医師の指示により コルセットなどの 治療用装具を 購入、装着したとき</p>	<p>①領収書、費用内訳書(原本) ②医師の作成指示書(意見書)等の原本 ③実際に装着する現物の写真(※靴型装具のみ) (※)「靴型装具」に関する申請は、現物の写真の添付が必要となります。 <撮影時の留意点> ・装具の全体像(付属品含む)が確認できるものであること。 ・中敷き等は取り出した状態で撮影されたものであること。 ・ロゴ、タグ(サイズ表記)、品(型)番、メーカー表記がある場合は、それらが撮影されたものであること。 上記のとおり、複数枚に分けて撮影していただくことになります。 ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。</p>
<p>9才未満の小児が 弱視等の治療で医師の指示により メガネ、コンタクトレンズ を作成・購入したとき</p>	<p>①領収書(原本) ・該当者名、治療用メガネの記載があるもの ②医師の作成指示書(意見書)等の原本 ・メガネ等を必要とする内容(弱視や斜視など)が記載されたもの</p>
<p>個人単位で、診療月毎に同一病院 (総合病院の場合は診療科別)の通 院(外来)で支払った医療費と、その 際に発行された処方箋により調剤を 受けた院外の調剤薬局で支払った薬 剤費を合算して25,100円以上になる とき</p>	<p>①病院通院分の領収書原本 ②院外の調剤薬局分の領収書原本 <注意> ◆暦月単位、医療機関単位、個人単位での合算となります。 ◆保険適用外の治療・薬は対象外となります。 ◆処方箋による調剤は、「処方箋発行日」ではなく「調剤を受けた日」での合算となります。(通院した月と調剤を受けた月が異なっている場合は、合算対象外となります)</p>

◆提出先

富士ソフト健康保険組合
〒247-0072
神奈川県鎌倉市岡本2-13-18

◆支給金額確認方法



こちらからアクセスしてください。

https://www.fsikenpo.or.jp/service/service_05.html