

健康 保 記 入 欄	資格取得日	資格喪失日	対象年月	本家	区分	標準報酬月額	給付割合	受付整理No.
	昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 分	本人 家族	入院 外来	千円	割	
	決済年月日	支給予定日	新規・補修 再作成		支給額合計			受付年月日
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	平・令 年 月		高額・付加給付	有・無		
	常務理事	事務長	係員	係員	高額療養費	円		
				付加給付金	円			

被保険者 健康保険 療養費支給申請書 【治療用装具】
家 族

被 保 険 者 （ 本 人 ） が 記 入 す る と こ ろ	※ 健康保険証の 記号・番号	—		会社箇所名	—				
	被保険者氏名	(フリガナ)		生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日	
	申請対象者氏名 対象者が被扶養者の場合	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	傷病名	療養の給付を受けることができなかった理由 1 保険医療機関以外の業者に装具作成を依頼したため 2 その他 ()							
	発病 (負傷) の原因	いつ	令和 年 月 日 午前・午後 時頃			業務によるものですか? はい・いいえ			
		どこで							
		何を している	他人による行為によるものですか? はい・いいえ						
	療養を受けた 医療機関等	名称							
		所在地							
	医師による治療用 装具の作成指示日	令和 年 月 日			治療用装具の 装着日	令和 年 月 日			
	治療用装具の 名称				入院していた期間 があれば、その期間	自:	年	月	日
	治療用装具の 作成理由				治療用装具作成費用 (領収書の金額)	円			
	補修・再作成 による申請の場合は その理由	補修 (理由) ・ 再作成							
	被 保 険 者 名 義 振 込 先 口座	銀行	支店	普通 当座	口座番号:	カタカナ 口座名義:			
ゆうちょ銀行をご希望の場合は、 通帳右上記載の記号と番号もご記入ください			記号:	番号:					
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 医師による治療用装具作成に関する意見書 (作成 (装着) 指示書、装着証明書、同意書) の原本								
	<input type="checkbox"/> 治療用装具にかかる領収書 (原本)								
	<input type="checkbox"/> 傷病届 (ケガによる申請の場合は添付のこと。但し既に提出済みの場合は不要: 年 月提出済み)								
被 保 険 者 署 名 欄	近畿日本ツーリスト健康保険組合理事長殿 上記の治療用装具作成に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 令和 年 月 日 〒 — 連絡先 (携帯) ☎ — — 住 所 被保険者の署名								

※ 被保険者証の記号番号を記入した方は、記入不要

被保険者のマイナンバー記入欄 →

記号番号に代え、マイナンバーを記入し申請する場合は、「個人番号確認」「本人確認」をするための添付書類が必要になります。

ケガによる申請の場合は添付のこと

令和 年 月 日

近畿日本ツーリスト健康保険組合 理事長殿

被保険者 住 所

Tel: ()

氏 名



傷病届

健康保険法施行規則第65条の規程により届出します。

被保険者証 の記号・番号	記号	被保険者 の勤務する 事業所	所在地	TEL		
	番号		名 称			
負傷者氏名 本人 ・ 被扶養者			生年月日	昭・平・令	年 月 日	被保険者 との続柄
	治療費の支払い方法		健康保険 ・ 自 費 ・ 相手方(加害者)			

事故発生 年月日	令和 年 月 日	事故発生 の場所				
	時 分頃		あなたは〔車・バイク・自転車・徒歩〕相手は〔 〕			
事故発生 のとき	何をしているとき (どんな用件で)			公・私 等の 別	勤務中	
	どの場所で (どこから、どここの途中)				通勤途上 (行き・帰り)	
					私 用	
事 故 発 生 の 状 況			事 故 現 場 ・ 見 取 図	(記 入 不 要)		

* 自動車事故. 殴打等の第三者の行為による場合は、「健康保険 第三者の行為による傷病届」および必要な添付書類を提出してください。