



# 健康保険

被保険者  
被扶養者

# 療養費支給申請書

イオン健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり申請します。

令和 1 年 7 月 1 0 日

|  |                             |                 |                              |                                  |                       |        |
|--|-----------------------------|-----------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------------|--------|
| 被保険者証の記号と番号  | 8                           | 123456          | 事業所の名称                       | イオンリテール(株)                       | 部・室店名                 | 幕張店    |
| 被保険者の氏名  | 山田 山男                       |                 | 被保険者の住所                      | 〒 261 - 1234<br>千葉県千葉市中央区〇〇1-2-3 |                       |        |
| 生年月日   | 昭・平 40 年 1 月 1 日生           |                 | TEL                          | 090 ( 1234 ) 5678                |                       |        |
| 申請が被扶養者に関する者の氏名  | 受診者が家族の場合は、家族の氏名・生年月日・続柄を記入 |                 |                              | 被扶養者の生年月日                        | 被保険者との続柄              |        |
| 傷病名<br><small>(骨折・脱臼・椎間板ヘルニア等外傷性の場合は負傷届を添付して下さい)</small>               | 医師の同意のある傷病名                 |                 | 第三者行為によるものですか?               | いいえ・はい<br>どちらかに○                 |                       |        |
| 発病又は負傷の原因および経過   | (いつ) 平・令 年 月 日 午前・午後 時頃     |                 | 業務(通勤)中の場合は保険請求はできません。       |                                  |                       |        |
|  | (どこで) できるだけ詳しくご記入下さい。       |                 | 業務(通勤)中ですか? いいえ・はい<br>どちらかに○ |                                  |                       |        |
| 診療を受けた等  | 名称                          | 〇〇鍼灸院           |                              | 診療した医師氏名                         | 〇〇 〇〇                 |        |
|  | 所在地                         | 千葉県千葉市緑区〇〇1-2-3 |                              |                                  |                       |        |
| 診療の期間  | 内容                          | 入院・通院 (どちらかに○)  |                              | 装具装着日(領収書発行日)                    | 診療に要した費用の額            |        |
|  | 期間                          | 平・令 1 年 6 月 5 日 | 5日間                          | 平・未記入                            | 〇〇〇 円<br>(別紙証拠書類のとおり) |        |
| 保険医療機関等で療養の給付を受けることができなかった理由   | 鍼灸(マッサージ)の施術による             |                 |                              |                                  |                       |        |
| 送金銀行<br><small>*ゆうちょ銀行不可</small>                                       | 〇〇                          | 銀行<br>信金        | 〇〇                           | 本店<br>支店                         | 口座<br>番号              | 123456 |
|  |                             |                 |                              | フリガナ<br>口座名義                     | ヤマダ ヤマオ<br>山田 山男      |        |
| ※1) 1 籍者は、原則として給与口座(ゆうちょ銀行不可)をご記入下さい。受領を家族・会社などに委任する場合は、下記委任状の記入が必要です。 |                             |                 |                              |                                  |                       |        |
| ※2) 2 の委任状の欄は、被保険者名義以外の口座へ送金を希望される場合のみご記入下さい。                          |                             |                 |                              |                                  |                       |        |
| イオン健康保険組合 理事長 殿  |                             |                 | 令和 年 月 日                     |                                  |                       |        |
| 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。   |                             |                 | ※シャチハタ印は使用しないで下さい。           |                                  |                       |        |
| 状  | 被保険者の住所                     | 〒               | 被保険者の氏名と印                    | Ⓜ                                |                       |        |
|  | 代理人の住所                      | 〒               | 代理人の氏名と印                     | Ⓜ 被保険者との関係                       |                       |        |
| 組合処理欄  | 査定                          | 支給決定            | 支給額                          | ¥                                | 台帳照会                  |        |
|  |                             |                 |                              |                                  | 被保険者                  | 取得     |
|  |                             |                 |                              |                                  | 被扶養者                  | 認定     |
|  |                             |                 |                              |                                  |                       | 取消     |
| 支給決定   |                             | 支給決定 伺          |                              |                                  |                       |        |
| 決定年月日  | 常務理事                        | 事務長             | 課長                           | 係                                | 支給決定通知                | 出納日印   |
| 令和   |                             |                 |                              |                                  | 令和                    |        |

ゆうちょ銀行不可

## 【申請時の注意事項】

| 療養費の対象となるもの |   | 添付書類   |
|-------------|---|--|
| 1           | やむなく自費で診療を受けたとき<br>・やむなく非保険医のところに収容された場合<br>・急病で保険証を持参せず自費で診療を受けた場合<br>など | <ul style="list-style-type: none"> <li>・領収書（原本）、</li> <li>・領収（請求）明細書または診療報酬明細書</li> </ul> ※領収証に保険点数の記載があれば不要   |
| 2           | 当健康保険組合の資格を取得した後、以前加入していた国民健康保険（社会保険）等で受診してしまい医療費を返還したとき                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・返金した際の領収書（原本）または納付書（原本）</li> <li>・以前の保険者より渡される診療報酬明細書（写）</li> </ul>  |
| 3           | 装具（コルセット）を装着したとき  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・領収書（原本）</li> <li>・装具の内訳又は明細書（原本）</li> </ul> ※領収証に内訳又は明細の記載があれば不要<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・医師の「意見書」または「装具装着証明書」（原本）</li> </ul>  |
| 4           | 小児弱視等の治療で眼鏡やコンタクトを作成したとき  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・領収書（原本）</li> <li>・眼科医の「治療用眼鏡等」の作成指示書および検査結果</li> </ul>   |
| 5           | 四肢リンパ浮腫治療のための弾性着衣等を購入したとき   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・領収書（原本）</li> <li>・医師の弾性着衣等の装着指示書（原本）</li> </ul>  |
| 6           | 海外で療養を受けたとき   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・領収書（原本）</li> <li>・診療内容明細書</li> </ul> ※ただし、これらの書類が外国語で記載されている場合には、翻訳文を添付すると同時に、翻訳者の住所、氏名の記載を要します。   |
| 7           | 輸血のため生血を購入したとき  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・血液量を記載した領収書（原本）</li> <li>・輸血を必要と認めた医師の意見書</li> </ul>   |
| 8           | はり・きゅう、あん摩・マッサージなどの施術を受けたとき<br>※疲労回復や慰安を目的としたマッサージ、疾病予防のマッサージ等は支給対象外です。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・施術内容（領収）明細書</li> <li>・領収書（原本）</li> <li>・医師の同意書（はり・きゅう、あんま・マッサージの場合）</li> </ul> ※同意書は初回のみ原本が必要です。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・同意書の有効期限</li> <li>①1日～15日までに医師が同意書を作成した場合、2ヶ月後の月末まで</li> <li>②16日～月末までに医師が同意書を作成した場合、3ヶ月後の月末まで</li> </ul> |

※ 傷病名が骨折・脱臼・椎間板ヘルニア等、外傷性の場合は、「負傷届」を添付して下さい。

※ 第三者行為によるもの場合は、「第三者行為による負傷届」を添付して下さい。

※ 給付金の受領を他人（家族・会社など）に委任するときは「委任状」欄に必要事項を記入・捺印して下さい。

※ 自分の責任で保険証を提示できなかったときや、自分の意思で健康保険を扱っていない医療機関にかかったとき、保険証のコピーを使ったときなどは、払い戻しはされません。