

係	事務長	常務理事

**治療用装具  
輸血(生血)**

被保険者(本人)  
被扶養者(家族)

療養費支給申請書

※訂正したときは、必ず二重線で抹消のうえ訂正印を押印して下さい。

申請日 令和 年 月 日

被	被保険者証の 記号番号	記号	番号	被保険者氏名		⑩	
	被保険者の 現住所	〒 -			電話番号		
保	被保険者が 勤務している 事業所名称			所属 テレNo.			連絡先 (内線)
	受診者氏名 (被保険者との続柄: )			受診者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
險	傷病名			発病又は 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
	発病又は負傷 の原因および 傷病の経過	※ケガの場合は、いつ、どこで、何をしていたかなど詳しく記入して下さい。					
者	診療を受けた 医療機関の	名称			所在地		
	申請理由 および 添付書類 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 治療用装具(関節用装具・コルセット・ギプス・サポーター・義足等)を装着したため →『装着を必要と認めた医師の証明書又は意見書(原本)』、『装具代領収書(原本)』、『装具写真』 <input type="checkbox"/> 小児弱視等(9歳未満)の治療用眼鏡等を作成し購入したため →『保険医の作成指示書(写)』、『患者の検査結果(写)』、『購入時の領収書(原本)』 <input type="checkbox"/> 輸血(生血)代 →『輸血を必要と認めた医師の証明書(原本)』、『血液代金の領収書(原本)』					
入	診療内容	別紙領収書のとおり			入院外来の別	<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来	
	診療期間 (支給期間)	*装具代金を支払った日を記入して下さい 令和 年 月 日			診療に要した 費用の額	*装具代金を記入して下さい 円	
欄	傷病が業務上 又は通勤途上 によるもので あるか 否	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	傷病が第三者 の行為による ものであるか 否	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	傷病が第三者の行為 によるものとき	その事実の届出を JSR健保組合へ	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
	振込希望口座 (被保険者名義)	金融機関名			支店名		
		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所		
	金融機関コード	店番コード	種目	口座番号(右ヅメ)		口座名義(カタカナで記入)	
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	.....			

<注意事項>

1. 発病又は負傷の原因が、業務上や通勤途上中の事故による場合は、療養費の申請はできません。
2. 負傷の原因が、第三者行為や交通事故による場合は、別途「第三者行為・自損事故による傷病届」等の書類が必要となります。
3. 公費または市区町村の医療費助成を受けている場合は、「受給証」等の写しを添付して下さい。

健保受付日付印

・被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

◎健保処理欄

<input type="checkbox"/> 補装具・本人(2012)	<input type="checkbox"/> 補装具・六歳(2014)	<input type="checkbox"/> 補装具・高一(2018)
<input type="checkbox"/> 補装具・本人(2012)	<input type="checkbox"/> 補装具・家族(2016)	<input type="checkbox"/> 補装具・高7(2010)
総医療費(健保適用分)	自己負担	健保負担(療養費)
円	円	円
		高額療養費
		付加金
		円