JSR健康保険組合　御中

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

被保険者	被保険者証の記号番号	記号		番号		被保険者氏名	㊞
	被保険者の現住所	〒　　－				電話番号	
	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	□昭和 □平成 □令和　年　月　日		
	傷病名			発病又は負傷年月日	□昭和 □平成 □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、何をしていてどうなったかなど詳しく記入して下さい。					
	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）	□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 →**『治療用装具製作指示装着証明書（原本）』、『装具代領収書（原本）』、『装具写真』** □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）』** □輸血（生血）代 治療用装具製作指示→**『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）』**					
	診療内容	別紙領収書のとおり				入院外来の別	□ 入院 ・ □ 外来
	診療期間（支給期間）	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
	傷病が業務上又は通勤途上によるものであるか否か	□ある □ない	傷病が第三者の行為によるものであるか否か	□ある □ない	傷病が第三者の行為によるもののとき	その事実の届出をJSR健保組合へ	□ している □ 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		
		□銀行 □労金 □信金 □農協			□本店 □支店 □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）	
				□普通 □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

□補装具・本人（2012）	□補装具・六歳（2014） □補装具・家族（2016）	□補装具・高一（2018） □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）	高額療養費	付加金
円	円	円	円	円

（R5.4）