

療養費支給申請書（立替払い・治療用装具）

被保険者（本人）
 被扶養者（家族）

各医療機関ごと・診療月ごとに、申請書が1枚必要です。

領収書・同意書（指示書）等の原本は返却できませんので、あらかじめコピーをおとりください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ (記 入 方 法 は 4 ・ 5 ペ ー ジ 目 の 記 入 例 を ご 確 認 く だ さ い)	[1] 被保険者証 の記号・番号	記号	番号	[2] 事業所の 名称	
	[3] 被保険者の 氏名			[4] 被保険者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日
	[5] 被扶養者の 氏名			[6] 被扶養者の 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	[7] 傷病名			[8] 発病・負傷 の年月日	平成 令和 年 月 日
	[9] 原因	<input type="checkbox"/> 業務中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	詳細	何のために何をしていたかなどを詳しく記載してください ※業務中、通勤路上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず勤務先と健康保険組合にご連絡ください			
	[11] 診療を受けた 医療機関の名称			[12] 診療に要した 金額	円
	[13] 診療を受けた 期間・日数	平成 令和 年 月 日	から	平成 令和 年 月 日	まで 日間
	入院の場合 入院期間・日数	平成 令和 年 月 日	から	平成 令和 年 月 日	まで 日間
	[14] 療養の給付を受けることができなかった理由	[15] 添付書類 すべて 原本 を添付してください ※コピーが必要な場合は、必ずご自身で事前にコピーをおとりください			添付 チェック
<input type="checkbox"/> 資格取得後・認定後に、誤って以前加入していた保険者の保険証を 使用してしまった為	① 医療費を返還した前保険者から発行される「診療報酬明細書（レセプト）」 ※開封せずにご提出ください			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 健康保険取得手続き中、または、保険証を持っていくのを忘れてしまい 医療機関に保険証を提示できなかった為	① 医療機関等に依頼し、発行される「診療報酬明細書（レセプト）」 または、2枚目の「領収(診療)明細書」 ※傷病名、薬剤名、検査名、処置名、手術名等の記載があるもの 「診療（調剤）明細書」や「領収明細書」ではありませんのでご注意ください。			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 小児弱視等の治療用眼鏡を作成した為（対象年齢：0～8歳） ※更新の場合は、4歳以下は1年以上・5歳以上は2年以上の装着期間が対象	② 医療機関等に10割負担で支払った際の「領収書」			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 治療用装具（コルセット、サポーター、義手、義足など）を作成した為 ※医師が治療上装着を必要と認め、作成指示したもの	① 医師の「眼鏡等作成指示書」と「検査書」			<input type="checkbox"/>	
	② 治療用眼鏡の「領収証」			<input type="checkbox"/>	
	① 医師の「同意書（意見書・証明書）」			<input type="checkbox"/>	
	② 治療用装具の「領収証」と「明細書」			<input type="checkbox"/>	
	③ 装具の現物写真（靴型装具の申請のみ） ※撮影方法は3枚目の治療用装具画像貼付台紙を確認してください			<input type="checkbox"/>	
[16] 振込先 ※被保険者名義	銀行 信組 金庫 農協	本店 支店 出張所	(フリガナ) (口座名義)	口座番号	
預金種別	普通 当座	支店コード			
上記のとおり申請します。					
令和 年 月 日	〒	-	住所 被保険者 氏名	TEL	
				ひかり健康保険組合理事長 殿	

202110改定

健 康 保 険 組 合 の 記 入 欄	資格取得日	平成・令和 年 月 日
	資格喪失日	平成・令和 年 月 日
	扶養認定日	平成・令和 年 月 日
	算出基礎	×
	支給額	円
	支払年月日	令和 年 月 日

支給支払決議書			
常務理事	事務長	経理担当	給付担当
備考			

受付日付印

【医師が証明する欄】

やむをえない事情により保険証を提示できなかった場合に申請をおこなうときに「診療報酬明細書（レセプト）」の添付が難しい場合はこちらの用紙に医療機関で診療内容の証明を受けて提出してください

領収（診療）明細書

※ 既に申請の対象となる費用について領収証書を発行しているときは、「領収」の字句を消し「診療明細書」として所定の事項を記入してください。
 ※ 領収（診療）明細書は投与した薬剤名及び検査名、処置名、手術名をレセプト作成時と同様に記載してください。

患者氏名 (生年月日)	(昭・平・令 年 月 日)	診療期間	令和 年 月 日から (診療実日数)	令和 年 月 日まで	区分	業務上 業務外			
傷病名	(1) (2) (3)		診療開始日	平・令 年 月 日 平・令 年 月 日 平・令 年 月 日					
入 院 外			入 院						
初診	(回数)	(点数)	初診	(回数)	(点数)				
	時間外・休日・深夜	回	点	時間外・休日・深夜	回	点			
再診	再診	回	×	医学管理					
	外来管理加算	回	×	在宅					
	時間外	回	×	投薬	内服調剤	単位			
	休日	回	×		頓服薬剤	単位			
	深夜	回	×		外用薬剤	単位			
医学管理				調剤	回				
在宅	往診	回		麻・毒	回				
	夜間	回		調基					
	夜間・緊急	回		注射	皮下筋肉内	回			
	在宅患者訪問診療	回			静脈内	回			
	その他				その他	回			
薬剤	回		処置	処理	回				
投薬	内服	[薬剤	単位	手術	手術	回			
	調剤		回	×	麻酔	麻酔			
	頓服		単位	検査	検査・病理	回			
	概要	[薬剤	単位	画像診断	画像診断	回			
	調剤		回	×	その他	その他	回		
	処方		回	×	入院	入院年月日	年 月 日		
	麻毒		回			病	診	衣	入院基本料・加算
調基						×		日間	
						×		日間	
注射	皮下筋肉内		回		×		日間		
	静脈内		回		×		日間		
	その他		回		×		日間		
処置	処理		回		特定入院料・その他				
手術	手術		回						
麻酔	麻酔								
検査	検査・病理		回	食事・生活	基準	円	×	回	
画像診断	画像診断		回		特別	円	×	回	
その他	処方せん		回		食事	円	×	日	
	その他		回	環境	円	×	日		
合計			円	合計			円		

上記のとおり領収（診療）いたしました。

令和 年 月 日

〒

医療機関の所在地
 医療機関の名称
 医師の名前
 医療機関の電話番号

㊤

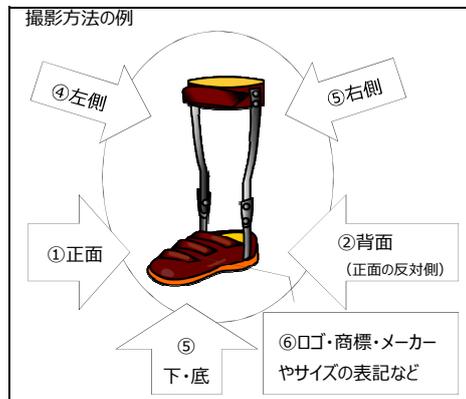
【治療用装具】 画像貼付台紙

- 撮影した画像は、下記の枠内に貼付してください。
- 作成した全ての装具を撮影してください。（台紙が2枚以上になってもかまいません）
- 現物を確認するため、カタログやインターネットからの転写はしないでください。
- 装具の形状、仕様（記載事項）等が確認できない場合は、再提出をお願いすることがあります。

【撮影方法】

作成された装具すべてに対し、下記の方角及び箇所について撮影してください。

- ① 正面（全体図）
- ② 裏側（正面の反対側、全体図）
- ③ 右側
- ④ 左側
- ⑤ 下・底
- ⑥ ロゴ・商標・メーカーやサイズの表記など



記号	番号	被保険者氏名	受診者氏名（扶養家族の場合）	撮影日
				年 月 日

① 正面	② 背面(正面の反対側)
③ 側面（右側）	④ 側面（左側）
⑤ 下・底	⑥ ロゴ、商標、サイズその他付属品等

【記入例】立替払い

【記入する際の注意】

- 黒のボールペンで記入してください。
- 記入内容を訂正する場合は、間違えた部分に二重線を引いて被保険者の印鑑を押してください。

療養費支給申請書（立替払い・治療用装具）

被保険者（本人）
 被扶養者（家族）

[1] 記号・番号
[2] 事業所の名称は
保険証に記載されていま
す。

[5][6] 対象者が被扶養
者（家族）の場合は、
記入してください。

[12] 申請理由が
・前の保険証を使用した
場合⇒前の保険者に返
還した金額
・保険証を提示できな
かった場合⇒医療機関
等の窓口で支払った金額

[15] 提出前に、添付書
類が揃っているか確認く
ださい。
※領収書などのコピーが
必要な場合は、必ずご自
身で事前にコピーをおとり
ください。

[16]被保険者名義の口
座を記入してください

各医療機関ごと・診療月ごとに、申請書が1枚必要です。

領収書・同意書（指示書）等の原本は返却できませんので、あらかじめコピーをおとりください。

[1] 被保険者証の記号・番号	記号	1	番号	1234	[2] 事業所の名称	株式会社△△△												
[3] 被保険者の氏名	氏名	光 太郎			[4] 被保険者の生年月日	昭和 平成	50	年	1	月	23	日						
[5] 被扶養者の氏名	氏名	光 花子			[6] 被扶養者の生年月日	昭和 平成 令和	15	年	3	月	3	日						
[7] 傷病名	急性上気道炎				[8] 発病・負傷の年月日	平成 令和	3	年	9	月	10	日						
[9] 原因	<input type="checkbox"/> 業務中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病気 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ 外出先 ）																	
詳細	何のために何をしていますどうなったか等を詳しく記載してください 家族旅行先のホテルで急に熱がでてしまった ※業務中、通勤路上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず勤務先と健康保険組合にご連絡ください																	
[11] 診療を受けた医療機関の名称	□□病院				[12] 診療に要した金額	5,800 円												
[13] 診療を受けた期間・日数	平成 3 年 9 月 10 日 から			平成 3 年 9 月 11 日 まで			2 日間											
入院の場合 入院期間・日数	平成 年 月 日 から			平成 年 月 日 まで			日間											
[14] 療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 資格取得後・認定後に、誤って以前加入していた被保険者の保険証を使用してしまった為				[15] 添付書類 すべて 原本 を添付してください ※コピーが必要な場合は、必ずご自身で事前にコピーをおとりください				添付 チェック									
	<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険取得手続き中、または、保険証を持っていくのを忘れてしまい医療機関に保険証を提示できなかった為				① 医療費を返還した前被保険者から発行される「診療報酬明細書（レセプト）」 ※開封せずにご提出ください				<input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/> 小児弱視等の治療用眼鏡を作成した為（対象年齢：0～8歳） ※更新の場合は、4歳以下は1年以上・5歳以上は2年以上の装着期間が対象				① 医療機関等より発行される「診療報酬明細書（レセプト）」 または、2枚目の「領収（診療）明細書」 ※傷病名、薬剤名、検査名、処置名、手術名等の記載があるもの 「診療明細書」や「領収明細書」ではありませんのでご注意ください。				<input checked="" type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/> 治療用装具（コルセット、サポーター、義手、義足など）を作成した為 ※医師が治療上装着を必要と認め、作成指示したもの				② 前被保険者に医療費を返還した際の「領収書」				<input type="checkbox"/>									
					① 医師の「眼鏡等作成指示書」と「検査書」				<input type="checkbox"/>									
					② 治療用眼鏡の「領収証」				<input type="checkbox"/>									
					① 医師の「同意書（意見書・証明書）」				<input type="checkbox"/>									
					② 治療用装具の「領収証」と「明細書」				<input type="checkbox"/>									
					③ 装具の現物写真（靴型装具の申請のみ） ※撮影方法は3枚目の治療用装具画像貼付台紙を確認してください				<input type="checkbox"/>									
[16] 振込先 ※被保険者名義	○○○			銀行 信組 金庫 農協			□□□□			本店 支店 出張所			(フリガナ) ヒカリ タロウ (口座名義) 光 太郎					
預金種別	普通			当座			支店コード			1 2 3			口座番号			4 5 6 7 8 9 0		

上記のとおり申請します。

令和 3 年 9 月 # 日 〒 170 - 0021
住所 東京都豊島区西池袋○○-○○
被保険者 氏名 光 太郎
TEL 080-△△△△-□□□□

光

ひかり健康保険組合理事長 殿

【記入例】治療用装具

【記入する際の注意】

- 黒のボールペンで記入してください。
- 記入内容を訂正する場合は、間違えた部分に二重線を引いて被保険者の印鑑を押してください。

療養費支給申請書（立替払い・治療用装具）

被保険者（本人）
 被扶養者（家族）

[1] 記号・番号

[2] 事業所の名称は
保険証に記載されていま
す。

[5][6] 対象者が被扶養
者（家族）の場合は、
記入してください。

[12] 治療用装具の購
入代金を記入してくださ
い。

[15] 提出前に、添付書
類が揃っているか確認く
ださい。
※領収書などのコピーが
必要な場合は、必ずご自
身で事前にコピーをおとり
ください。

[16]被保険者名義の口
座を記入してください

各医療機関ごと・診療月ごとに、申請書が1枚必要です。

領収書・同意書（指示書）等の原本は返却できませんので、あらかじめコピーをおとりください。

[1] 被保険者証の記号・番号	記号 1	番号 1234	[2] 事業所の名称	株式会社△△△
[3] 被保険者の氏名	氏名 光 太郎	[4] 被保険者の生年月日	昭和 50 年 1 月 23 日	
[5] 被扶養者の氏名	氏名 光 花子	[6] 被扶養者の生年月日	昭和 平成 令和 15 年 3 月 3 日	
[7] 傷病名	左膝前十字靭帯損傷	[8] 発病・負傷の年月日	平成 令和 3 年 9 月 10 日	

[9] 原因	<input type="checkbox"/> 業務中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input checked="" type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> その他（ ）
詳細	何のために何をしていたらどうなったか等を詳しく記載してください 部活動中（バレーボール）にジャンプをして着地した際に転倒して負傷 ※業務中、通勤路上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず勤務先と健康保険組合にご連絡ください

[11] 診療を受けた医療機関の名称	〇〇整形外科医院	[12] 診療に要した金額	56,300 円
[13] 診療を受けた期間・日数	平成 令和 年 月 日 から 平成 令和 年 月 日 まで 日間	入院の場合 入院期間・日数	平成 令和 3 年 9 月 10 日 から 平成 令和 3 年 9 月 15 日 まで 5 日間

[14] 療養の給付を受けることができなかった理由	[15] 添付書類 すべて 原本 を添付してください ※コピーが必要な場合は、必ずご自身で事前にコピーをおとりください	添付 チェック
<input type="checkbox"/> 資格取得後・認定後に、誤って以前加入していた被保険者の保険証を使用してしまった為	① 医療費を返還した前被保険者から発行される「診療報酬明細書（レセプト）」 ※開封せずにご提出ください	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 健康保険取得手続き中、または、保険証を持っていくのを忘れてしまい医療機関に保険証を提示できなかった為	② 前被保険者に医療費を返還した際の「領収書」 ① 医療機関等より発行される「診療報酬明細書（レセプト）」 または、2枚目の「領収（診療）明細書」 ※傷病名、薬剤名、検査名、処置名、手術名等の記載があるもの 「診療明細書」や「領収明細書」ではありませんのでご注意ください。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 小児弱視等の治療用眼鏡を作成した為（対象年齢：0～8歳） ※更新の場合は、4歳以下は1年以上・5歳以上は2年以上の装着期間が対象	② 医療機関等に10割負担で支払った際の「領収書」 ① 医師の「眼鏡等作成指示書」と「検査書」 ② 治療用眼鏡の「領収証」	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具（コルセット、サポーター、義手、義足など）を作成した為 ※医師が治療上装着を必要と認め、作成指示した為	① 医師の「同意書（意見書・証明書）」 ② 治療用装具の「領収証」と「明細書」 ③ 装具の現物写真（靴型装具の申請のみ） ※撮影方法は3枚目の治療用装具画像貼付台紙を確認してください	<input checked="" type="checkbox"/>

[16] 振込先 ※被保険者名義	銀行 信組 〇〇〇 本店 金庫 農協 〇〇〇〇 支店	(フリガナ) ヒカリ タロウ (口座名義) 光 太郎			
預金種別	普通 当座	支店コード	1 2 3	口座番号	4 5 6 7 8 9 0

上記のとおり申請します。

令和 3 年 9 月 # 日 〒 170 - 0021
住所 東京都豊島区西池袋〇〇-〇〇
被保険者 氏名 光 太郎
TEL 080-△△△△-〇〇〇〇

光

ひかり健康保険組合理事長 殿