用紙C-7(1)号(令和5.04)

支給決定伺	常務理事	事務長				担当

伺年月日	令和　年　月　日	支払年月日	令和　年　月　日

支給期間	自 令和　年　月　日 至 令和　年　月　日　日間	支給額	支給内訳	金額(円)
資格取得	平成 令和　年　月　日			
資格喪失	令和　年　月　日			
標準報酬	月額　千円			

被保険者 被扶養者　療養費支給申請書

被保険者が記入するところ

被保険者証	記号	番号	被保険者氏名		
療養を受けた者の氏名			生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	続柄
療養支給の申請をした理由	治療用 装具 眼鏡 の場合 ⇒	領収日	令和　年　月　日	診療区分	1.通院 2.入院
	・保険証申請中 ・前加入健保返還払い ・鍼灸 ・マッサージ ・他(　) の場合 ⇒	1.通院 2.入院	自 令和　年　月　日 至 令和　年　月　日	日間	
発病又は負傷年月日	平成 令和　年　月　日	負傷の原因および状況	どこで・どのように		
傷病名					
診療を受けた医療機関名		医師の氏名			
第三者の行為による負傷である時は第三者の住所氏名		診療に要した費用	円		

振込先	銀行コード	店番号	フリガナ		
	フリガナ		名義人		
	銀行・信組 信金・農協	支店	口座番号		普・貯・当

※被保険者の口座をご記入願います。

上記のとおり申請いたします。

令和　年　月　日

被保険者(申請者)
会社名
所属
〒
自宅住所
氏名
☎　(　)

JVCケンウッド健康保険組合 殿

注意事項

1.治療用装具代金を申請する時は
〈コルセットなどの装具〉
医師の「証明書」と補装具製作所の「領収証（明細記載）」を添付してください。
※靴型装具(足部を覆う装具)の申請は購入した装具の現物写真を添付してください。
〈治療用眼鏡・治療用ｺﾝﾀｸﾄﾚﾝｽﾞ〉
医師の「眼鏡等作成指示書」(検査結果が明記)と領収書(レシート不可・明細添付)

2.診療内容に基づく申請の時は
〈前加入健保への返還払い〉 案内書・診療報酬明細書と領収書を添付してください。
〈保険証申請中〉病院発行の診療報酬明細書(傷病名記載)と領収書を添付してください。
〈保険証不携帯〉病院発行の診療報酬明細書(傷病名記載)と領収書と状況説明書を添付してください。

3.はり・きゅう・マッサージを申請する時は
治療院で発行している療養費支給申請書と「領収書」を添付してください。
医師の「同意書」と施術院発行の「施術報告書」は6ヵ月毎に添付してください。

4.申請するときは月単位で(通院・入院・薬局は分けて)申請書に記入してください。

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

事業所健保担当者	健保受付印
所属 年　月　日	