・前加入健保返還払い
・他（確認書不携帯等）
・確認書申請中 の場合

＊添付資料
- 医療機関発行の診療報酬明細書
- 領収書
- （資格確認書等不携帯の場合）理由書

＊注意事項
- 医療機関・診療月毎に1枚申請書をご記入ください。
  （院外処方で薬局にも行った場合①診療を受けた医療機関分
  ②薬をもらった薬局分の2枚をご記入ください。）
- 申請書類の提出は会社人事へお願いいたします。

支給決定伺			
伺年月日	令和　年	支給額	
支給期間	自 令和　年　月　日 至 令和　年　月　日		
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		

記入・押印不要（健保使用欄）

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

被保険者等記号・番号	記号 101	番号 12345	被保険者氏名	健保 太郎	
療養を受けた者の氏名	健保 花子		生年月日	昭和 平成 令和 XX 年 XX月 XX日	続柄 妻
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 記入不要 月 日	診療区分	1. 通院 2. 入院
	・確認書申請中 ・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XX 年XX月XX日 至 令和XX 年XX月XX日	XX 日間
発病又は負傷年月日	平成 令和 XX年 XX月 XX日		負傷の原因および状況	どこで・どのように	
傷病名	XXXXXXXX	診療報酬明細書に記載してある病名（開封厳禁の場合は未記入でも可）		XXXXXXXXXXX XXXXXXXXX	
診療を受けた医療機関名	XXXXXX病院		医師の氏名	XX XX	
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	12,345 円	

振込先				
銀行コード X X X X	店番号 X X X	フリガナ	ケンポ タロウ	
フリガナ XXXX	XXX	名義人	健保 太郎	
XXXX 銀行・信組 信金・農協	XXX 支店	口座番号	X X X X X X X 普 貯・当	

※被保険者の口座をご記入願います。

口座の名義は被保険者

上記のとおり申請いたします。

令和 XX 年 XX 月 XX 日

通院の最終日以降の日付

JVCケンウッド健康保険組合 殿

被保険者（申請者）
- 会社名 JVCケンウッド
- 所属 XX部XXグループ
- 〒 123-4567
- 自宅住所 東京都XXXX･･･
- 氏名 健保 太郎
- ☎ 123 （ 456 ） 7890

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。
〈資格確認書申請中〉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。
〈資格確認書不携帯〉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. 被保険者等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、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
※事業所の健保担当者が記入	健保使用