

記入例
(治療用装具)

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書

(立替払・治療用装具・海外療養費・生血・はり灸・あん摩マッサージ指圧)

信濃町地区の方は「慶應義塾医学部」に○をしてください。

記入例を参考に必要事項を記入し、添付書類とあわせてご申請ください。

被保険者の記号・番号		被保険者の氏名		事業所の名称	
記号	番号	慶應 太郎		慶應義塾 慶應義塾大学医学部	
1	1 2 3 4 5 6				
生年月日		被保険者の住所	〒 108 - 0073 東京都港区三田1-2-3		
昭和 平成	62 年 1 月 10 日	電話(携帯)	090 (1234) 5678	※日中連絡のつくところ	内線 12345
		メールアドレス	taro.keio @ keio.jp		
療養が被扶養者に関する場合	被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日		被保険者との続柄
	該当せず		昭和 平成 令和		年 月 日
傷病名		発病または負傷年月日(療養開始日)			
左関節脱臼骨折		昭和 平成 令和			
発病または負傷の原因および経過		発病または負傷の原因および経過		発病または負傷の原因および経過	
階段を踏み外し転倒した		はい・いいえ		はい・いいえ	
診療を受けた病院等	名称	慶應義塾大学病院		診療に要した費用の額	
	所在地	東京都新宿区信濃町35		64,800 円	
	医師名	慶應 一郎			
診療の期間(支給期間)	入院・入院外の別	入院の場合、左記の			
自 令和 元 年 6 月 10 日	日数	入院 入院外		領収書等の総額(保険適用のみ)を記入してください。	
至 令和 元 年 6 月 10 日	1 日				
診療の内容		療養の給付を受けることができなかった理由			
装具をつけて外来にて経過をみる		治療用装具作成のため			
支払金融機関 ※任意継続・特例退職のみ	銀行	本店	預金種別	口座名義	
	金庫	支店	1.普通	(フリガナ)	
	口座番号		2.当座		
			3.その他		

被扶養者の申請の場合は記入してください。

同一人が同一月に同一医療機関等(入院・外来・調剤別)で支払った額毎に申請してください。

装具の購入日(領収日)を記入してください。

在職の方は、原則給与合算となります。

健保記入欄	備考・計算	支給決定額
		円

常務理事	事務長	担当者

受付日付印

記入例
(立替払)

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書

立替払 治療用装具・海外療養費・生血・はり灸・あん摩マッサージ指圧)

信濃町地区の方は「慶應義塾医学部」に○をしてください。

記入例を参考に必要事項を記入し、添付書類とあわせてご申請ください。

被保険者の記号・番号		被保険者の氏名		事業所の名称	
記号	番号	慶應 太郎		慶應義塾 慶應義塾大学医学部	
1	1 2 3 4 5 6				
生年月日		被保険者の住所	〒 108 - 0073 東京都港区三田1-2-3		
昭和 平成	62 年 1 月 10 日	電話(携帯)	090 (1234) 5678	※日中連絡のつくところ	内線 12345
		メールアドレス	taro.keio @ keio.jp		
療養が被扶養者に関する場合		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	被保険者との続柄	
該当せず		昭和 平成 令和			
傷病名		発病または負傷年月日(療養開始日)			
感冒		昭和 平成 令和			
発病または負傷の原因および経過		咳がひどく、発熱したため受診		発病または負傷の発病または負傷ですか	
		はい・いいえ		はい・いいえ	
診療を受けた病院等		名称	慶應義塾大学病院		診療に要した費用の額
		所在地	東京都新宿区信濃町35		10,500 円
		医師名	慶應 一郎		
診療の期間(支給期間)		入院・入院外の別	入院の場合、左記の		
自	令和 元 年 6 月 10 日	日数	入院	自	令和 年 月 日
至	令和 元 年 6 月 15 日	3 日	入院外	至	令和 年 月 日
診療の内容		療養の給付を受けることができなかった理由			
点滴・薬の処方		旅行中で保険証を持っていなかったため			
支払金融機関		銀行	本店	口座名義	
※任意継続・特例退職のみ		金庫	支店	(フリガナ)	
		口座番号	預金種別		
			1.普通		
			2.当座		
			3.その他		

被扶養者の申請の場合は記入してください。

同一人が同一月に同一医療機関等(入院・外来・調剤別)で支払った額毎に申請してください。

受診日を記入してください。

在職の方は、原則給与合算となります。

受付日付印

健 保 記 入 欄	備考・計算	支給決定額
		円

常務理事	事務長	担当者

記入例
(はり灸)

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書

(立替払 ・ 治療用装具 ・ 海外療養費 ・ 生血 ・ はり灸 ・ あん摩マッサージ指圧)

信濃町地区の方は「慶應義塾医学部」に〇をしてください。

記入例を参考に必要事項を記入し、添付書類とあわせてご申請ください。

被保険者の記号・番号		被保険者の氏名		事業所の名称	
記号	番号	慶應 太郎		慶應義塾 慶應義塾大学医学部	
1	1 2 3 4 5 6				
生年月日		被保険者の住所	〒 108 - 0073 東京都港区三田1-2-3		
昭和 62 年 1 月 10 日	平成	電話(携帯)	090 (1234) 5678	※日中連絡のつくところ	内線 12345
		メールアドレス	taro.keio @ keio.jp		
療養が被扶養者に関する場合		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	被保険者との続柄	
被扶養者の申請の場合は記入してください。		該当せず	昭和 平成 令和 年 月 日		
傷病名		発病または負傷年月日(療養開始日)			
腰痛症		昭和 平成 令和 元 年 8 月 10 日			
発病または負傷の原因および経過		第三者行為によるものですか	通勤途上や勤務時間中の発病または負傷ですか		
医師による腰痛の治療を受けていたが、慢性的な痛みが緩和されないため、医師の同意により、はり・灸治療に変更した。経過良好。		はい ・ いいえ	はい ・ いいえ		
名称		慶應鍼灸院		診療に要した費用の額	
所在地		東京都港区三田2-15-45		3,220 円	
医師名		はり灸師 慶應 二郎		領収書等の総額(保険適用のみ)を記入してください。	
診療の期間(支給期間)		入院・入院外の別	入院の場合、左記の		
自 令和 元 年 9 月 3 日	日数	入院 入院外	自 令和 年 月		
至 令和 元 年 9 月 25 日	2 日		至 令和 年 月 日		
診療の内容		療養の給付を受けることができなかった理由			
はり・灸の施術		償還払いのため			
支払金融機関		銀行	本店	口座名義	
※任意継続・特例退職のみ		金庫	支店	(フリガナ)	
口座番号		3.その他			

施術月ごとに施術等を受けた日等
された最初の日から最終日および日数を記入してください。

在職の方は、原則給与合算となります。

健 保 記 入 欄	備考・計算	支給決定額
		円

常務理事	事務長	担当者

受付日付印

記入例
(あんまマッサージ
指圧)

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書

(立替払・治療用装具・海外療養費・生血・はり灸 あん摩マッサージ指圧)

信濃町地区の方は「慶應義塾
医学部」に○をしてください。

記入例を参考に必要事項を記入し、添付書類とあわせてご申請ください。

被保険者の記号・番号		被保険者の氏名		事業所の名称		
記号	番号	慶應 太郎		慶應義塾 慶應義塾大学医学部		
1	1 2 3 4 5 6					
生年月日		被保険者の住所	〒 108 - 0073 東京都港区三田1-2-3			
昭和 平成	62 年 1 月 10 日	電話(携帯)	090 (1234) 5678	※日中連絡のつくところ	内線 12345	
		メールアドレス	taro.keio @ keio.jp			
療養が被扶養者に 関する場合		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	被保険者との続柄		
被扶養者の申請の場合は 記入してください。		該当せず	昭和 平成 令和	年 月 日		
被扶養者が記入する		傷病名	発病または負傷年月日(療養開始日)			
		脳出血による右片麻痺	昭和 平成 令和	30 年 8 月 10 日		
		発病または負傷の原因および経過	第三者行為によるものですか	通勤途上や勤務時間中の 発病または負傷ですか		
		脳出血による右片麻痺のため、医師の同意により、マッサージ治療を開始した。経過観察中。	はい	いいえ	はい	いいえ
		名称	慶應マッサージ院	診療に要した費用の額		
		所在地	東京都港区三田2-15-45	5,500 円		
		医師名	マッサージ師 慶應 三郎			
施術月ごとに施術等を された最初の日から最終日 および日数を記入してくだ さい。		診療の期間(支給期間)	入院・入院外の別	入院の場合、左記の 領収書等の総額 (保険適用のみ)を 記入してください。		
自	令和 元 年 9 月 3 日	日数	入院	自	令和 年 月 日	
至	令和 元 年 9 月 28 日	5 日	入院外	至	令和 年 月 日	
診療の内容		療養の給付を受けることができなかった理由				
マッサージの施術		償還払いのため				
ゆみ884300		銀行 金庫	本店 支店	預金種別	口座名義	
		口座番号		1.普通 (フリガナ)		
				2.当座		
				3.その他		
在職の方は、原則給与合算 となります。						

健 保 記 入 欄	備考・計算	支給決定額
		円

受付日付印

常務理事	事務長	担当者