

健保組合		
常務理事	事務長	担当者

健康保険組合 の受付印
日付印

療 養 費 支給申請書
第 二 家 族 療 養 費

健康保険被保険者証								
記号番号(左づめで記入)								
1	2	3	4	5	6	7	8	
被保険者の氏名								
(氏) ケンポ 健保			(名) タロウ 太郎					

申請日	令和 ○ 年 △ 月 ◇ 日
事業所名	大阪○×△(株)
所属 (または出向先)	○ × 部 △ □ 店・グループ 課・室
被保険者住所	〒 123-4567 ◇◇府○△市◇町×-×-×
連絡先	自宅 ×××-××××-××××
職場	×××-××××-×××× 携帯 ×××-××××

申請が被扶養者に 関するとき	氏名	健保 花子	続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和	○ 年 △ 月 × 日
申請者が医療費助成対象の 場合は該当する項目に○印	①. なし 2. 乳幼児 3. 心身障害 4. ひとり親 5. その他()						
申請理由 (該当に○印)	1. 保険医、または保険者の指定するものがない地域での受診事由の発生 2. 傷病が緊迫した状態で、止むを得ず保険医以外の医師に受診 3. 伝染病予防法により収容され、当然受けるべき療養の給付を受けなかった 4. 歩行補助器・コルセット・関節固定器の治療材料代(装着日: 月 日) 5. 柔道整復師等に骨折の応急措置を受けた 6. その他 保険証不携帯のため						
事由の詳細	急に発熱した						
傷病名	急性上気道炎				第三者行為による ものですか	はい・いいえ	
発病又は 負傷の原因	不明						
発病又は 負傷年月日	令和 ○ 年 × 月 △ 日		初診年月日	令和 ○ 年 × 月 △ 日			
診療期間	自 令和 ○ 年 × 月 △ 日		入院 通院	療養に 要した費用		××, ××× 円	
診療または手当の内容	感染性の検査						
診療または手当を受けた 医師・歯科医師	医療機関名	○○病院					
	住所	◇◇府△□市◇町×-×-×					
	電話	×××-××××-××××					
	氏名	○○ ×△					
委任状 (任継者は 記載不要)	OTG健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和 ○ 年 × 月 △ 日 被保険者氏名 健保 太郎						

- (注) 1. 領収証(原本)及び診療の場合は診療報酬明細書(原本)を添付して下さい。
2. コルセット等に関する申請の時は「治療のため必要と認められる医療担当者の証明」及び「実費についての領収証書」をつけて下さい。
3. その他の場合は、事由を「事由の詳細」欄にお書き下さい。

健康保健被保険者の記号・番号の代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記(備考)欄に記入して下さい。
※ マイナンバーを記入する場合は、確認のために添付書類が必要となります。

備考 記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。

健保 記入 欄	受付 No.	
	法定給付額	円
	支給決定額	円

受付日付印

健保組合		
常務理事	事務長	担当者

健康保険組合 の受付印
日付印

療 養 費 支 給 申 請 書
第 二 家 族 療 養 費

健康保険被保険者証							
記号番号(左づめで記入)							
1	2	3	4	5	6	7	8
被保険者の氏名							
(氏) ケンポ 健保				(名) タロウ 太郎			

申請日	令和 ○ 年 △ 月 ◇ 日
事業所名	大阪○×△(株)
所属 (または出向先)	○ × 部 △ □ 店・グループ 課・室
被保険者住所	〒 123-4567 ◇◇府○△市◇町×-×-×
連絡先	自宅 ×××-××××-×××× 職場 ×××-××××-×××× 携帯 ×××-××××

申請が被扶養者に関するとき	氏名	続柄	本人	生年月日	昭和 平成 令和	○年	△月	×日
申請者が医療費助成対象の場合は該当する項目に○印		1. なし 2. 乳幼児 3. 心身障害 4. ひとり親 5. その他()						
申請理由 (該当に○印)	1. 保険医、または保険者の指定するものがない地域での受診事由の発生 2. 傷病が緊迫した状態で、止むを得ず保険医以外の医師に受診 3. 伝染病予防法により収容され、当然受けるべき療養の給付を受けなかった 4. 歩行補助器・コルセット・関節固定器の治療材料代(装着日: ○月 △日) 5. 柔道整復師等に骨折の応急措置を受けた 6. その他							
事由の詳細	サッカー練習中による右足アキレス腱断裂の保護のため							
傷病名	アキレス腱断裂	第三者行為による ものですか	はい・いいえ					
発病又は 負傷の原因	サッカー練習中							
発病又は 負傷年月日	令和 ○ 年 × 月 △ 日	初診年月日	令和 ○ 年 × 月 △ 日					
診療期間	自 令和 ○ 年 × 月 △ 日	◇ 日間	入院 通院	療養に 要した費用	××,××× 円			
診療または手当の内容	右足アキレス腱断裂のため、手術、治療、装具の装置も行っている							
診療または手当を受けた 医師・歯科医師	医療機関名	○○病院						
	住所	◇◇府△□市◇町×-×-×						
	電話	×××-××××-××××						
	氏名	○○ ×△						
委任状 (任継者は 記載不要)	OTG健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和 ○ 年 × 月 △ 日 被保険者氏名 健保 太郎							

- (注) 1. 領収証(原本)及び診療の場合は診療報酬明細書(原本)を添付して下さい。
2. コルセット等に関する申請の時は「治療のため必要と認められる医療担当者の証明」及び「実費についての領収証書」をつけて下さい。
3. その他の場合は、事由を「事由の詳細」欄にお書き下さい。

健康保険被保険者の記号・番号の代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記(備考)欄に記入して下さい。
※ マイナンバーを記入する場合は、確認のために添付書類が必要となります。

備考 記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。

健保 記入 欄	受付 No.	
	法定給付額	円
	支給決定額	円

受付日付印

健保組合		
常務理事	事務長	担当者

健康保険組合 の受付印
日付印

療 養 費 支 給 申 請 書
第 二 家 族 療 養 費

健康保険被保険者証							
記号番号(左づめで記入)							
1	2	3	4	5	6	7	8
被保険者の氏名							
(氏) ケンポ 健保				(名) タロウ 太郎			

申請日	令和 ○ 年 △ 月 ◇ 日
事業所名	大阪○×△(株)
所属 (または出向先)	○ × 部 △ □ 店・グループ 課・室
被保険者住所	〒 123-4567 ◇◇府○△市◇町×-×-×
連絡先	自宅 ×××-××××-×××× 職場 ×××-××××-×××× 携帯 ×××-××××

申請が被扶養者に 関するとき	氏名	健保 花子	続柄	妻	生年月日	昭和 ○ 年 △ 月 × 日 平成 令和
申請者が医療費助成対象の 場合は該当する項目に○印	1. なし 2. 乳幼児 3. 心身障害 4. ひとり親 5. その他()					
申請理由 (該当に○印)	1. 保険医、または保険者の指定するものがない地域での受診事由の発生 2. 傷病が緊迫した状態で、止むを得ず保険医以外の医師に受診 3. 伝染病予防法により収容され、当然受けるべき療養の給付を受けなかった 4. 歩行補助器・コルセット・関節固定器の治療材料代(装着日: ○ 月 △ 日) 5. 柔道整復師等に骨折の応急措置を受けた 6. その他					
事由の詳細	乳がん手術後のリンパ浮腫による					
傷病名	リンパ浮腫	第三者行為による ものですか	はい・いいえ			
発病又は 負傷の原因	乳がんの手術による					
発病又は 負傷年月日	令和 ○ 年 × 月 △ 日	初診年月日	令和 ○ 年 × 月 △ 日			
診療期間	自 令和 ○ 年 × 月 △ 日 至 令和 ○ 年 × 月 × 日	◇ 日間	入院 通院	療養に 要した費用	××,××× 円	
診療または手当の内容	弾性着衣(ストッキング)の装着					
診療または手当を受けた 医師・歯科医師	医療機関名	○○病院				
	住所	◇◇府△□市◇町×-×-×				
	電話	×××-××××-××××				
	氏名	○○ ×△				
委任状 (任継者は 記載不要)	OTG健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和 ○ 年 × 月 △ 日 被保険者氏名 健保 太郎					

- (注) 1. 領収証(原本)及び診療の場合は診療報酬明細書(原本)を添付して下さい。
2. コルセット等に関する申請の時は「治療のため必要と認められる医療担当者の証明」及び「実費についての領収証書」をつけて下さい。
3. その他の場合は、事由を「事由の詳細」欄にお書き下さい。

健康保健被保険者の記号・番号の代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記(備考)欄に記入して下さい。
※ マイナンバーを記入する場合は、確認のために添付書類が必要となります。

備考 記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。

健保 記入 欄	受付 No.	
	法定給付額	円
	支給決定額	円

受付日付印

健保組合		
常務理事	事務長	担当者

健康保険組合 の受付印
日付印

療 養 費 支 給 申 請 書
第 二 家 族 療 養 費

健康保険被保険者証								
記号番号(左づめで記入)								
1	2	3	4	5	6	7	8	
被保険者の氏名								
(氏) ケンポ 健保				(名) タロウ 太郎				

申請日	令和 ○ 年 △ 月 ◇ 日
事業所名	大阪○×△(株)
所属 (または出向先)	○ × 部 △ □ 店・グループ 課・室
被保険者住所	〒 123-4567 ◇◇府○△市◇町×-×-×
連絡先	自宅 ×××-××××-××××
職場	×××-××××-×××× 携帯 ×××-××××

申請が被扶養者に 関するとき	氏名	健保 花子	続柄	長女	生年月日	昭和 平成 令和	○ 年 △ 月 × 日
申請者が医療費助成対象の 場合は該当する項目に○印	1. なし 2. 乳幼児 3. 心身障害 4. ひとり親 5. その他()						
申請理由 (該当に○印)	1. 保険医、または保険者の指定するものがない地域での受診事由の発生 2. 傷病が緊迫した状態で、止むを得ず保険医以外の医師に受診 3. 伝染病予防法により収容され、当然受けるべき療養の給付を受けなかった 4. 歩行補助器・コルセット・関節固定器の治療材料代(装着日: ○ 月 △ 日) 5. 柔道整復師等に骨折の応急措置を受けた 6. その他						
事由の詳細	弱視の治療のため						
傷病名	両眼弱視		第三者行為による ものですか		はい・いいえ		
発病又は 負傷の原因	不明						
発病又は 負傷年月日	令和 ○ 年 × 月 △ 日		初診年月日	令和 ○ 年 × 月 △ 日			
診療期間	自 令和 ○ 年 × 月 △ 日 至 令和 ○ 年 × 月 × 日		入院 通院	療養に 要した費用		××, ××× 円	
診療または手当の内容	弱視の治療用眼鏡の作成						
診療または手当を受けた 医師・歯科医師	医療機関名	○○病院					
	住所	◇◇府△□市◇町×-×-×					
	電話	×××-××××-××××					
	氏名	○○ ×△					
委任状 (任継者は 記載不要)	OTG健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。						※自ら署名した場合も必ず押印ください
	令和 ○ 年 × 月 △ 日	被保険者氏名				健保 太郎	印

- (注) 1. 領収証(原本)及び診療の場合は診療報酬明細書(原本)を添付して下さい。
2. コルセット等に関する申請の時は「治療のため必要と認められる医療担当者の証明」及び「実費についての領収証書」をつけて下さい。
3. その他の場合は、事由を「事由の詳細」欄にお書き下さい。

健康保険被保険者の記号・番号の代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記(備考)欄に記入して下さい。
※ マイナンバーを記入する場合は、確認のために添付書類が必要となります。

備考 記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。

健保 記入 欄	受付 No.	
	法定給付額	円
	支給決定額	円

受付日付印