

健康保険

被保険者
家族

療養費 支給申請書

(治療用装具、立替払等)

被 保 険 者 情 報 申 請 内 容	①被保険者証等	記号 1	番号	②事業所の 名称						
	③被保険者氏名				④受診者氏名					
	⑤住所 電話番号	〒		-		都 道 府 県				
	⑥傷病名				⑦発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/>	年 月 日	<input type="checkbox"/>	不詳、先天性等	
	⑧発病の原因	<input type="checkbox"/> 私傷病（勤務時間外のケガ）→理由（自宅で転んだ、不明） <input type="checkbox"/> 勤務中のケガ <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 第三者行為（ケンカ等）								
	⑨診療を受けた 医療機関等の	名称				所在地			診療した医師等の氏名	
	⑩診療を 受けた期間	治療用装具の領収日	年 月 日							
		立替払日等	年 月 日	～	年 月 日	日間				
	⑪療養に要した費用の額 治療用装具の金額	円			⑫診療の内容	<input type="checkbox"/>	装具装着による治療中	<input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> 応急手当 <input type="checkbox"/> ）		
	⑬療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため →作成理由 <input type="checkbox"/> 医師の指示 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため <input type="checkbox"/> 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため <input type="checkbox"/> 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ）								

給付金に関する受領を代理人に委任する場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 氏名 (自署) 令和 年 月 日			受付印
	委任された 受取代理人 (事業主等)	住所 氏名 被保険者(申請者)と 受取代理人との関係			
	窓口受領者	上記金額正に受領いたしました。			名古屋木材健康保険組合

※退職後等の給付を被保険者(申請者)本人口座へ希望される場合は、別途「振込先銀行口座記入用紙」の提出が必要となりますので、
当健保までご連絡ください。

被保険者のマイナンバー記入欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者等の記号番号が不明の場合にご記入ください

社会保険労務士の

提出代行者名記載欄

治療用装具を作製したときの必要添付書類

- 医師の「意見および装具装着証明書」等（原本） 領収書（原本） 同意書
 装具の写真（装具の料金明細内訳がわかるものを数枚 内張り、足底裏革、カフバンド、商品名等明確にお願いします）

立替払をしたときの必要添付書類（緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったとき等）

- レセプト 領収書（原本）

外傷性の疾病等や第三者の行為による場合で調査対象となった方にはガリバーインターナショナル(株)より負傷原因・状況報告書又は
第三者の行為による傷病届が被保険者の自宅へ届きますので、速やかにご回答をお願いいたします（受診から3～4ヶ月後）。

2024/11

同意書

年 月 日

名古屋木材健康保険組合理事長 殿

私が請求しました療養費について名古屋木材健康保険組合が保険給付の療養費支給決定をするための参考として医療機関及び関係機関に照会をすることに同意します。

被保険者証 記号 番号

				—				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

氏名

住所