

受付年月日	令和 年 月 日	支 線	
伺年月日	令和 年 月 日	常務理事印	事務
決裁年月日	令和 年 月 日		
支 円	資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 令和	
	資格喪失年月日	令和 年 月 日	

ご自分の健康保険証上部に記載されている記号番号欄の数字を記入してください。

ご注意！！  
傷病の原因が、交通事故やけんか等、第三者（加害者）の行為によるけがの場合は、記入前に健康保険組合に連絡ください。

被保険者（本人） 家

添付書類  
治療用装具の場合  
・領収書原本  
・医師の意見書及び装具装着証明書原本  
・負傷（けが）の場合：負傷原因届  
・靴型装具を購入の場合：靴型治療用装具画像貼付台紙  
弾性着衣装着の場合（支給上限あり）  
・領収書原本  
・弾性着衣等装着指示書原本  
輸血（生血）した場合  
・領収書原本  
・輸血証明書原本

被保険者（本人）が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	1-1111		②		
	③ 被保険者の氏名	健康太郎		④		
	⑤ 療養を受けた者の氏名	健康太郎		⑥		
	⑦ 傷病名	右膝内側靱帯損傷		⑧		
	⑨ 発病の原因及び経過	<input type="checkbox"/> 病気 「詳しく」 自宅で子供と遊んでい <input checked="" type="checkbox"/> ケガ → 負傷原因届を併せ				
	⑩ 診療又は手当を受けた医療機関の	名称	大阪病院		所在地	大阪市大阪区大阪町1丁目2番3号
		医師氏名	大阪一郎		電話番号	(01) 3456-7890
	⑪ 診療又は手当を受けた期間	自 令和〇〇年5月3日 至 令和〇〇年5月30日	15日間	⑫ 装具を装着した日	令和〇〇年5月20日	
	⑬ 診療の内容	入院手術後に、コルセット装着				
	⑭ 療養に要した費用の額	23,456 円	⑮ 療養費の支給申請の理由	治療用装具を作成したため		
	⑯ 振込希望機関	大阪	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行	大阪 店	口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 1234567
			金庫 組合		口座名義 (カタカナ)	ケンコウタロウ

被保険者（本人）の振込希望機関を記入してください。

上記のとおり申請します。 ⑯ 〒 111-1112  
令和〇〇年6月30日 被保険者の 住所 大阪市大阪区大阪町1丁目2番3号  
エクセディ健康保険組合理事長 殿 氏名 健康 太郎

被保険者証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、備考欄へ記載して下さい（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です） 備考欄

(※注意) 輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書（原本）」のほかこれに要した費用の「領収書（原本）」を添付して下さい。

受付年月日	令和 年 月 日	支 給	<b>ご注意！！</b> 傷病の原因が、交通事故やけんか等、第三者（加害者）の行為によるけがの場合は、記入前に健康保険組合に連絡ください。
伺年月日	令和 年 月 日	常務理事印 事務	
決裁年月日	令和 年 月 日		
支 給	円	資格取得年月日	□平成 年 月 日

ご自分の健康保険証上部に記載されている記号番号欄の数字を記入してください。

**添付書類**

**治療用装具の場合**

- ・負傷（けが）の場合：負傷原因届
- ・領収書原本
- ・医師の意見書及び装具装着証明書原本
- ・靴型装具を購入の場合：靴型治療用装具画像貼付台紙

**弾性着衣装着の場合（支給上限あり）**

- ・領収書原本
- ・弾性着衣等装着指示書原本

**輸血（生血）した場合**

- ・領収書原本
- ・輸血証明書原本

**9歳未満の小児弱視・斜視・先天性白内障術後の屈折矯正の治療用眼鏡及びコンタクトレンズを装着した場合（支給上限あり）**

- ・領収書原本
- ・眼鏡等作成指示書の写し
- ・検査書の写し

※近視や乱視、遠視などの、単純な視力補正の眼鏡は保険対象外です。

被保険者（本人）

① 被保険者証の記号・番号	1-1111	
③ 被保険者の氏名	健康太郎	
⑤ 療養を受けた者の氏名	健康花子	
⑦ 傷病名	右膝内側靭帯損傷	
⑨ 発病の原因及び経過	<input type="checkbox"/> 病気 「詳しく」 自宅で子供と遊 <input checked="" type="checkbox"/> ケガ → 負傷原因	
⑩ 診療又は手当を受けた医療機関の	名称	大阪病院
	医師氏名	大阪一郎
⑪ 診療又は手当を受けた期間	自 令和〇〇年5月3日 至 令和〇〇年5月30日	
⑬ 診療の内容	入院	
⑭ 療養に要した費用の額	23,456	円

被保険者（本人）が記入するところ

⑮ 療養費の支給申請の理由	治療用装具を作成したため	
⑯ 振込希望機関	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 1234567 口座名義 ケンコウタロウ (カタカナ)	

被保険者（本人）の振込希望機関を記入してください。

タル等で事前登録した公金受取口座を利用します  
 (利用する場合は、利用しない場合は⑯振込希望機関の欄を記入)

上記のとおり申請します。

令和〇〇年6月30日

エクセディ健康保険組合理事長 殿

⑱ 〒 111-1112

被保険者の 住所 大阪市大阪区大阪町1丁目2番3号

氏名 健康 太郎

被保険者証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、備考欄へ記載して下さい  
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄

(※注意) 輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書（原本）」のほかこれに要した費用の「領収書（原本）」を添付して下さい。