届書コード		
3	0	0

請求上及び記入上の注意

①自費診療の場合に添付するもの
(1)診療内容を明記したもの（別紙の立替払用の診療内容明細書、または同じ内容が記載された書類を添付してください。）
※傷病名が記載されていない診療内容明細書は使用できません。
(2)医師に支払いした領収書（原本）
※薬局分がある場合は、病院分とは別に申請書が必要です。
②治療用装具（コルセット等）・輸血の場合に添付するもの
(1)必要と認めた医師の意見書（原本）
(2)業者に支払いした領収書（原本）
(3)小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は、検査結果の写し

伺い年月日	年　月　日								
資格	資格取得日	年　月　日	該当条文	負担割合	常務理事	事務長	課　長	課長代理	係　長	担当者
	資格喪失日	年　月　日	法第87条	2割						
	被扶養者認定日	年　月　日	法第110条	3割						

支給決議書	処理区分	算出基礎			支給額							
		種別	費用の額	決定点数								
	1. 立替払等 2. 治療用装具 3. 生血				法定給付							
					付加給付							

被保険者

健康保険　療養費支給申請書（　回目）

家族

被保険者の氏名 生年月日・年齢	健保　太郎 (昭)・平 45年 10月 22日　53歳	被保険者の住所	〒 422－△△△△ 静岡市駿河区駿府1－1 TEL 054(○○○)△△△△
被保険者等記号番号	501・3001	事業所の名称	いろは信用金庫
家族分の申請をするときはその者の氏名		被扶養者の生年月日 年齢	昭・平・令　年　月　日　歳
被保険者との続柄			
傷病名	右上腕骨骨折	発病又は負傷の年月日	令和6年1月30日
海外表示	(国内) 海外		
発病又は負傷の原因	サッカーの試合でボールを競り合い転倒	傷病の経過	経過観察中
診療又は手当てを受けた病院等の名称及び所在地並びに医師等の氏名	住所 静岡市駿河区中田1－2 名称 静岡駿河総合病院 氏名 山田　太郎		
診療又は手当の内容	右上肢装具装着	入院・外来の別	入院・(外来)
診療又は手当の期間（コルセット装着の場合は装具の型取り、装着の各年月日を記載）	令和6年 2月 5日から　日間 年　月　日まで	診療又は手当に要した費用	△△△△　円 (別紙証拠書のとおり)
療養費の支給申請の理由（できるだけ詳しく記載のこと）	装具の制作を業者に依頼したため		
第三者行為の有無（該当する方に○印を付けてください）	有・(無)	※有の場合は、第三者の行為による傷病届を提出してください。	

静岡県信用金庫健康保険組合

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をされる場合は備考欄にご記入ください。
マイナンバーを記入した場合は、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。
※記号番号を記入した場合は添付書類は不要です。

〔備考〕

受付日付印