健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書

（記入日）令和　　年　　月　　日

被保険者等		所属名（店部名）	会社名	被保険者（申請者）の氏名・フリガナ
（記号）	（番号）			（フリガナ） （氏名）

被保険者（申請者）の住所・電話番号	被保険者の生年月日
〒　　－ （日中連絡の取れるTEL） ☎	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年　　月　　日

本人記入欄

請求する対象者が被保険者（申請者）と異なる場合は、対象者の氏名・生年月日・続柄　※被保険者と同一の場合は記入不要

（氏名）	（生年月日） 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年　　月　　日	（続柄）

疾病名		発病又は負傷年月日	平成 ・ 令和 年　　月　　日	（負傷時間） AM・PM　　時頃
発病・負傷の原因を詳しく記入				
負傷の原因	（加害者がいる） □はい→　「第三者行為による傷病届」を提出して下さい。 □いいえ	負傷したとき	□ 通勤途中だが長時間買い物等した帰り □ 業務中　□ 休日 □ 通勤途中　□ 私用外出中	□ その他
診療を受けた医療機関	（名称） （所在地）	診療内容		
診療を受けた期間	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで　日間	診療に要した費用の総額	金　　円	
装具の場合装着指示日	令和　年　月　日（医師の証明書より転記してください）	装具の場合領収金額	金　　円	
保険証で治療を受けることができなかった理由	□ 被保険者等の交付を受ける前、また旅行先等で自費で診療を受けたため □ 他の被保険者等を使って診察を受けたため □ 医師の同意のうえ あんま・マッサージ・鍼灸の施術を受け 費用を償還請求するため		□ 治療用装具・眼鏡・弾性着衣等を医師の指示で購入したため □ その他（　　）	

照会・委任・振込み口座に関する同意欄

□ 私は、療養費申請書の提出を事業主へ委任することを承諾します。また、療養費請求に関する調査のため セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合が医療機関等に対し照会を行い、回答・提供を受けることに同意します。

□ **他の給付金同様、療養費の振込口座は給与口座を希望します。**　※会社から給与口座情報を提供いただきますので振込までの時間が短縮できます。

□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。
注1）口座情報の反映には登録から時間を要し振込まで時間がかかります。　注2）給与口座情を希望した場合は☑不要です。

銀行・信組 金庫・農協	支店 出張所	預金種別	口座番号	口座名義	フリガナ
（金融機関コード　　）	（店番号　　）	□普通 □当座			

治療用装具を必要とする医師の意見書記入欄

※医師の指示書・診断書を別紙でもらっている場合は下の証明は不要です。

患者氏名			生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年　　月　　日	
疾病名			症状等		
装具名称		オーダーメイド ／ 既製品 新規 ／ 修理	義肢装具士氏名		（指示内容） 制作 ／ 購入 ／ 修理
上記治療用装具等の装着が必要と認めた日	令和　年　月　日		上記治療用装具等の装着確認日	令和　年　月　日	
備考欄	※特別な制作指示を行った場合、制作を指示した義肢装具士と適合調整した義肢装具士が違う場合、患者へ直接購入を指示した場合等は内容を記入。				

上記とおり相違ありません　　令和　年　月　日

医療機関名称
医療機関所在地
担当医師名

申請書に被保険者等の記号番号を記入された方は不要ですが、記号番号ではなく個人番号を記入したい方は下記に記入してください。但し個人番号を記入した場合は、下記の添付書類（①②）両方必要です。

①身元確認用・・・マイナンバーカード、運転免許証、身体障害者手帳、在留カード、パスポート等の写し
②個人番号確認用・・・マイナンバーカード、通知カード又は個人番号記載の住民票の写し