

支給決定伺	常務理事	事務長				担当
伺 年 月 日	令和 年 月 日	支 払 年 月 日	令和 年 月 日			
支 給 期 間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間	支 給 額	支 給 内 訳		金 額 (円)	
資 格 取 得	平成 年 月 日 令和 年 月 日					
資 格 喪 失	令和 年 月 日					
標 準 報 酬	月額 千円					

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	記 号	番 号	被 保 険 者 氏 名				
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名			生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	続 柄	
	療 養 支 給 の 申 請 を し た 理 由	治療用 装具 眼鏡	の場合 ⇒	領 収 日	令和 年 月 日	診療区分	1. 通 院 2. 入 院	
		・確認書申請中 ・前加入健保返還払いの場合 ⇒ ・鍼灸 ・マッサージ ・他 ()			1. 通 院 2. 入 院	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間		
	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	平成 年 月 日 令和 年 月 日	負 傷 の 原 因 お よ び 状 況		どこで・どのように			
	傷 病 名							
	診 療 を 受 け た 医 療 機 関 名			医 師 の 氏 名				
	第三者の行為による負傷で ある時は第三者の住所氏名			診 療 に 要 し た 費 用		円		
	振 込 先	銀行コード		店 番 号		フリガナ		
		フリガナ				名 義 人		
	銀行 ・ 信組 信金 ・ 農協		支 店	口座番号		普 ・ 貯 ・ 当		
※被保険者の口座をご記入願います。 上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 被保険者 (申請者) JVCケンウッド健康保険組合 殿 会社名 所 属 〒 自宅住所 氏 名 ☎ ()								

注意事項

- 治療用装具代金を申請する時は
〈コルセットなどの装具〉
医師の「証明書」と補装具製作所の「領収証 (明細記載)」を添付してください。
※靴型装具(足部を覆う装具)の申請は購入した装具の現物写真を添付してください。
〈治療用眼鏡・治療用コンタクトレンズ〉
医師の「眼鏡等作成指示書」(検査結果が明記)と領収書(レシート不可・明細添付)
- 診療内容に基づく申請の時は
〈前加入健保への返還払い〉 案内書・診療報酬明細書と領収書を添付してください。
〈資格確認書申請中〉病院発行の診療報酬明細書(傷病名記載)と領収書を添付してください。
〈資格確認書不携帯〉病院発行の診療報酬明細書(傷病名記載)と領収書と状況説明書を添付してください。
- はり・きゅう・マッサージを申請する時は
治療院で発行している療養費支給申請書と「領収書」を添付してください。
医師の「同意書」と施術院発行の「施術報告書」は6ヵ月毎に添付してください。
- 申請するときは月単位で(通院・入院・薬局は分けて)申請書に記入してください。
- 被保険者等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、下部余白へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認と本人確認をするための添付書類が必要です。)

事 業 所 健 保 担 当 者	健保受付印
所 属	
年 月 日	