

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(記入例)治療用装具作成

いずれかに○印

TISインターネットグループ健康保険組合

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の 記号・番号	記号	099	番号	150	② 被保険者の 氏名 生年月日	健保 太郎 昭・平・令 12 年 3 月 3 日							
	③ 被保険者の 現住所	〒 999-9999 富山県富山市牛島新町5-1					日中に連絡可能な電話番号、 電子メールアドレスなどはっきりと記入							
	④ 被保険者の 連絡先	(電話番号)	090-NNNN-1234			(電子メール・アドレス)						aaabbbccc@xxxx.co.jp		
	⑤ 事業所の名称	T I S 株式会社					医師証明書の装具装着指示日 不明の場合は装具装着日							
	⑥ 被扶養者に関する 申請のとき	氏名		生年 月日	昭・平・令	年	月	日	続柄					
	⑦ 傷 病 名	側副靱帯損傷			⑧ 発病・負傷の年月日 (装具装着指示日)	令和 7 年 6 月 5 日								
	⑨ 発病又は負傷の 原因及びその経過	バレーボールをしている際に負傷。装具装着後、安静にして快方に向かっている。												
	業務上や通勤途上で発生し た負傷等(労災)への該当	はい ・ いいえ			第三者行為 への該当	はい ・ いいえ								
	⑩ 診療を受けた病院等 の名称及び所在地	名称	タワー整形外科医院				医師氏名	外科 一郎						
		所在地	富山市牛島新町5-5											
	⑪ 診療の期間 ※入院の場合は 入院期間	令和 7 年 6 月 5 日 から 令和 7 年 6 月 5 日 まで			1 日間	⑫ 入院・外来 の別	入院 ・ 外来							
	⑬ 診療の内容	治療用装具装着				⑭ 診療または 装具作成に 要した費用 の額	15,800 円							
	⑮ 療養の給付を 受けることが できなかった理由	□ 保険証等の不携帯(理由:)⇒「診療報酬明細書」と「領収書」原本												
☒ 治療用装具装着 ⇒ 「医師の証明書」と「領収書」原本														
□ その他(小児治療用眼鏡/弾性着衣/その他) ⇒ 「医師の証明書」と「領収書」原本														
⑯ 振込先 (被保険者名義の 口座を指定)	銀行名	〇〇銀行			口座番号	1.普通	2.当座	0	3	3	2	2	1	1
	支店名	〇〇支店			名 義 (加付)	ケンポタロウ								
備考欄														⑰令和 年 月 日 提出

受付日付印

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(記入例)医療費払戻し申請

いずれかに○印

TISインターネットグループ健康保険組合

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の 記号・番号	記号	099	番号	150	② 被保険者の 氏名 生年月日	健保 太郎 昭・平・令 12 年 3 月 3 日							
	③ 被保険者の 現住所	〒 999-9999 富山県富山市牛島新町5-1					日中に連絡可能な電話番号、 電子メールアドレスなどはっきりと記入							
	④ 被保険者の 連絡先	(電話番号)	090-NNNN-1234			(電子メール・アドレス)						aaabbbccc@xxxx.co.jp		
	⑤ 事業所の名称	T I S 株式会社					発病・負傷の年月日(初診日) 不明の場合は記載不要							
	⑥ 被扶養者に関する 申請のとき	氏名		生年 月日	昭・平・令	年	月	日	続柄					
	⑦ 傷 病 名	側副靱帯損傷			⑧ 発病・負傷の年月日 (装具装着指示日)	令和 7 年 6 月 5 日								
	⑨ 発病又は負傷の 原因及びその経過	バレーボールをしている際に負傷。通院中。												
	業務上や通勤途上で発生した 負傷等(労災)への該当	はい ・ いいえ			第三者行為 への該当	はい ・ いいえ								
	⑩ 診療を受けた病院等 の名称及び所在地	名称	タワー整形外科医院				医師氏名	外科 一郎						
		所在地	富山市牛島新町5-5											
	⑪ 診療の期間 ※入院の場合は 入院期間	令和 7 年 6 月 5 日 から		3 日間		⑫ 入院・外来 の別	入院 ・ 外来							
	⑬ 診療の内容	検査及び治療				⑭ 診療または 装具作成に 要した費用 の額	5,800 円							
	⑮ 療養の給付を 受けることが できなかった理由	☒ 保険証等の不携帯(理由:提示できなかったため)⇒「診療報酬明細書」と「領収書」原本												
		☐ 治療用装具装着 ⇒ 「医師の証明書」と「領収書」原本												
		☐ その他(小児治療用眼鏡/弾性着衣/その他) ⇒ 「医師の証明書」と「領収書」原本												
⑯ 振込先 (被保険者名義の 口座を指定)	銀行名	〇〇銀行			口座番号	1.普通	2.当座	0	3	3	2	2	1	1
	支店名	〇〇支店			名 義 (加付)	ケンポタロウ								

申請書は受診月ごと(領収書ごと)に作成してください

⑰令和 年 月 日 提出

受付日付印

TISインターネットグループ健康保険組合

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の 記号・番号	記号	099	番号	150	② 被保険者の 氏名 生年月日	健保 太郎 昭・平・令 12 年 3 月 3 日																
	③ 被保険者の 現住所	〒 999-9999 富山県富山市牛島新町5-1										日中に連絡可能な電話番号、 電子メールアドレスなどはっきりと記入											
	④ 被保険者の 連絡先	(電話番号) 090-NNNN-1234										(電子メール・アドレス) aaabbbccc@xxxx.co.jp											
	⑤ 事業所の名称	T I S 株式会社										医師証明書の眼鏡装着指示日(証明書発行日) 不明の場合は眼鏡購入日(装着日)											
	⑥ 被扶養者に関する 申請のとき	氏名	健保 一郎			生年 月日	昭・平・令 30 年 4 月 4 日			続柄	長女												
	⑦ 傷 病 名	屈折性弱視										⑧ 発病・負傷の年月日 (装具装着指示日)	令和 7 年 6 月 5 日										
	⑨ 発病又は負傷の 原因及びその経過	眼科検査で判明。眼鏡装着後、症状は改善している。																					
	業務上や通勤途上で発生した 負傷等(労災)への該当	はい ・ いいえ										第三者行為 への該当	はい ・ いいえ										
	⑩ 診療を受けた病院等 の名称及び所在地	名称	タワー眼科医院										医師氏名	眼科 一郎									
		所在地	富山市牛島新町5-5																				
	⑪ 診療の期間 ※入院の場合は 入院期間	令和 7 年 6 月 5 日 から 1 日間 令和 7 年 6 月 5 日 まで										⑫ 入院・外来 の別	入院 ・ 外来										
	⑬ 診療の内容	治療用眼鏡装着										⑭ 診療または 装具作成に 要した費用 の額	15,800 円										
	⑮ 療養の給付を 受けることが できなかった理由	☐ 保険証等の不携帯(理由:)⇒「診療報酬明細書」と「領収書」原本																					
☐ 治療用装具装着 ⇒ 「医師の証明書」と「領収書」原本																							
☒ その他(小児治療用眼鏡/弾性着衣/その他) ⇒ 「医師の証明書」と「領収書」原本																							
⑯ 振込先 (被保険者名義の 口座を指定)	銀行名	〇〇銀行					口座番号	1.普通 2.当座 0 3 3 2 2 1 1															
	支店名	〇〇支店					名 義 (加付)	ケンポタロウ															
備考欄										⑰令和 年 月 日 提出													

受付日付印