

被保険者等	(記号) 000 (番号) 1234567	(記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください)	
被保険者氏名	健保 太郎	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 46 年 1 月 5 日
		事業所名称	A B C 株式会社
申請が被扶養者に関するとき	(被扶養者氏名) 健保 一郎	(続柄) 長男	生年月日 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 1 年 8 月 1 日
			扶養認定日 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 1 年 8 月 1 日
傷病名と発病または負傷の原因及び経過	傷病名	インフルエンザ A 型	発病または負傷の年月日
	原因	(どこで、何をしている時に、どうなったか等具体的に記入してください) 自宅で発熱	
診療を受けた病院・医院	名称	●△ 医院	第三者(他人)によるものですか
	所在地	東京都豊島区 00 丁目 0 番 000-0	
申請の理由	※該当する理由に✓してください。 ☒ 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため ☐ 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を申請するため ☐ 治療用装具、小児弱視等の治療用眼鏡等の作成、弾性着衣等を購入したため ☐ その他(理由:)		
上記のとおり申請します。		住所 〒 000-3333 東京都豊島区池袋 1 丁目 2-3 □△マンション 123	
令和 5 年 1 月 6 日		電話番号(日中の連絡先) 080 (0000) 1111	
パレット健康保険組合 理事長殿		被保険者氏名(申請者) 健保 太郎	
※在籍者の方は会社を通じての支給となりますので、委任状欄に記入してください。			
委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	被保険者氏名(申請者) 健保 太郎	
	令和 5 年 1 月 8 日	受領代理人氏名 事業主記入 (会社が受領代理人として届出ている人)	

※退職者の方のみ振込口座を指定してください。(任意継続被保険者の方は登録口座へお振込いたしますので、記載は不要です。)

退職者記入欄	振込先	□ 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。(利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入。)*口座情報の反映には日数を要します。									
	金融機関コード			支店コード			フリガナ				
	金融機関名	銀行 信用金庫	支店名	本店 支店	口座名義						
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号							

こんなとき	添付書類
① 資格が確認できず自費で診療を受けたとき	A + B + C
② 他の保険者へ医療費を返還したとき	A + D
③ リンパ浮腫治療用の弾性着衣等を購入したとき	C + E
④ 小児弱視等の治療用眼鏡に関する申請のとき (対象者 9 歳未満)	C + F
※領収書の宛名は対象者氏名で、治療用眼鏡等の記載があるもの	
⑤ 治療用装具、義肢等に関する申請のとき	C + G + H
靴型装具は現物写真も添付(全体が確認できるカラーのもの) ※領収書の宛名は対象者氏名であること	

添付書類一覧	
A	診療報酬明細書(傷病名の記載があるもの) ※会計時に窓口で発行される診療明細書ではありません
B	調剤報酬明細書(調剤薬局で発行) ※会計時に窓口で発行される調剤明細書ではありません
C	領収書(原本)
D	納入告知書兼領収書(原本)
E	弾性着衣等装着指示書
F	保険医の作成指示書及び視力等の検査結果
G	種類および内訳別の明細(原本)
H	保険医が治療上必要と認めた意見書 及び 装着証明書 ※意見書のみは不可

受付日付印

(2024.12.2)

健康 保険 記入 欄	資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日
	自費診療		治療費装具	
	令和 年 月 日 日間		令和 年 月 日 装着	
	請求額	円	法定給付	円
	査定額	円	付加給付	円
	一部負担金	円	指定公費	円
資格確認書回収日		令和 年 月 日		
受付 No.		支給決定額		
		円		