

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 被保険者（申請者）記入用
被扶養者（立替払等・治療用装具）

下記の事由に該当するため、申請します。 申請日 年 月 日

やむを得ず資格を確認するものがなく受診し、全額10割負担しているとき
医師の指示により、治療のために装具を装着したとき（9歳未満の治療用眼鏡含む）（詳細はホームページ）

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者	記号 (1か2か3)	番号 (06270748ではありません) (右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号（マイナンバー）を記入してください			
	氏名	(フリガナ)					生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
申 請 内 容	受診した方 の氏名			続 柄			生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	受領委任 について	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。（健保→事業主→被保険者）					委任します
	届出委任 について	※1 届出を事業主に委任される場合（右の承認印を押印） 添付書類をそろえて事業主へ提出し事業主から健保へ ※2 届出を事業主に委任しない場合（右の委任の承認印は押印不要） ①被保険者の記号、番号、氏名を記入し事業主へ提出 ②事業主から受領代理人である事業主印を押印されたものを 受取る ③残りの必要事項を記入し、添付書類と一緒に被保険者から直接健康保険組合へ届出を行う					委任します
	傷病名			発病または 負傷年月日			年 月 日
	発病または 負傷の原因	(例：サッカーのクラブ活動中に転倒・自宅の階段で転倒・交通事故による等)			(いずれかに○をつけてください) 業務上 ・ 第三者行為 ・ その他		
	診療を受けた期間			年 月 日 ~			年 月 日 日間
(装具代の場合) 装着について指示を受けた日			年 月 日	療養に要した費用の額		円	
支給申請の理由 (いずれかに☑を入 れてください)	<input type="checkbox"/> 入社後すぐや緊急やむを得ず受診のため資格を確認するものがなく、全額10割負担した <input type="checkbox"/> 誤って他の保険者の資格で受診した <input type="checkbox"/> 海外で受診した <input type="checkbox"/> 治療用の装具を作成した <input type="checkbox"/> 9歳未満の治療用眼鏡を作成した						

事 業 主 欄	受領の代理人であることを証明します。		年 月 日
	事業所所在地		事業主担当者名
	事業所名称		
	事業主氏名		
電話番号			

注意
事項

- ・診療の場合は、領収書及び傷病名が印字された診療内容明細書の原紙を添付し、月ごとに申請してください。診療内容明細書は健康保険組合のホームページ内にあります。
- ・装具の場合は、領収書および治療用装具製作指示装具証明書の原紙を添付してください。
- ・靴型装具については当該装具の写真（全体・上・下の3方向）を添付してください。
- ・9歳未満の治療用眼鏡の場合は、医師の作成指示書および領収書の原紙を添付してください。
- ・海外の場合は、和訳及び診療内容明細書（海外用）、領収書の原紙を添付してください。
- ・別途、他の制度に給付金等の申請がある場合は、必ず申請前に領収書の写しを取っておいてください。（健保への申請は必ず原紙が必要）
- ・大阪ガス社員で届出を委任しない方は、①の時に返送用の重要便シールを同封してください。

健保 組合 記入欄	給付対象額	本人負担額	療養費	高額療養費	付加金	支給決定額
	円	円	円	円	円	円

※任意継続被保険者の方は、事業主欄の証明は不要です。

※提出先 (大阪ガス) 人事部人事サービスチーム
(関係会社) 各事業所 人事総務
(任意継続) 大阪ガス健康保険組合

大阪瓦斯健康保険組合	健保受付日付印

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。

2025.10(連)