

健保 使用欄	支給歴	有・無	区分	本人	未就学 (6歳↓)	就学児～ 69歳	70歳～ 74歳	自己負担割合		
	備考			家族				3割	2割	1割

ソニー健康保険組合 理事長殿

健康保険 被保険者
家族

療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	◆申請者確認欄 (チェック必須)	<input type="checkbox"/> 記載内容については、申請者(被保険者)本人が記入・確認しました。	
		<input type="checkbox"/> 在職中の給付金は事業主(⑤の本籍会社)経由で受領します。	
	①被保険者証の 記号・番号	記号	②被保険者の氏名
		番号	
	③被保険者の住所 <small>※支給決定通知書等の書類送付先と なります</small>	〒 -	
	④日中連絡の取れる電話番号等 <small>※お問い合わせの際に使用します※複数可</small>	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 : - -	
		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 : - -	
		メールアドレス :	
	⑤被保険者の本籍会社名 <small>※任意継続被保険者、特例退職被保険者 の方は記入不要</small>	※出向中の方は出向元会社名(給与の支払いを受けている会社)	
	⑥傷病名	⑦発病又は 負傷の年月日	令和 年 月 日 (負傷の場合は 時 分)
	⑧ 発病又は負傷の原因 (具体的に詳しく)	⑨第三者の行為に よるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	⑩診療を受けた 医療機関の	(a) 名称	(b) 所在地
	⑪診療の内容		
	⑫診療の 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	⑬診療に要した 費用の額 円
	⑭上の⑫の期間中、入院した期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	
	⑮療養の給付を 受けられなかった理由	<input type="checkbox"/> 保険証交付手続き中だったため <input type="checkbox"/> 前健保の保険証を資格喪失後に使ったため <input type="checkbox"/> その他()	
⑯被扶養者に関 する申請の時	(a) 被扶養者氏名	(b) 生年月日 昭・平・令 年 月 日	
		(c) 被保険者との続柄	

注意事項

1. 自費診療代の申請をする場合

診療月毎に申請書をご記入下さい。同診療月であっても、医療機関毎、入院・外来毎、
調剤薬局毎に分けてご記入下さい。申請の際は、以下の書類を必ず添付して下さい。

①『領収書』(原本)

②『診療報酬明細書(レプト)』又は『調剤報酬明細書(レプト)』(原本)

※診療報酬明細書・調剤報酬明細書は、病院または薬局の窓口で依頼し、発行してもらってください。

領収書と一緒に交付される『診療明細書』では手続きできません。

2. 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正のうえ自筆でサインをして下さい。

3. 提出された申請書及び添付書類については返却致しません。(不備書類の場合を除く)

退 職 者 ・ 退 職 予 定 者	この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は記入						
	退職している 退職の予定あり	→ 令和 年 月 日 退職(予定)				任意継続被保険者、特例退職被保険者 は記入不要	
	振込先口座 ●どちらか一 方を記入	銀行	銀行	普通	店番	名義人氏名	
			支店	当座	口座番号	(7桁)	
	郵便局	記号(5桁)	番号(8桁)		氏名		
□ 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) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。							

受 付 印

健保 使用欄	支給歴 備考	《記入例》保険証不所持の場合 ★診療月毎、入院・通院毎に記入して下さい。 ★複数の医療機関受診の場合は、医療機関毎に記入して下さい。	担割合 割 1割
ソニー健康保険組合			

チェック必須

家族療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と ころ	◆申請者確認欄 (チェック必須)	<input checked="" type="checkbox"/> 記載内容については、申請者(被保険者)本人が記入・確認しました。	<input checked="" type="checkbox"/> 在職中の給付金は事業主(⑤の本籍会社)経由で受領します。
	①被保険者証の 記号・番号	記号 999 番号 999999	②被保険者の氏名 健保 太郎
	③被保険者の住所 <small>※支給決定通知書等の書類送付先となります</small>	〒 111-1111 〇〇県△△市×××町 1-2-3	
	④日中連絡の取れる電話番号等 <small>※お問い合わせの際に使用します※複数可</small>	□自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 □勤務先 : 090 - 9999 - 9999	
		□自宅 □携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 : 999 - 1111 - 9999	
		メールアドレス : abcdefg@▽×□.com	
	⑤被保険者の本籍会社名 <small>※任意継続被保険者、特例退職被保険者の方は記入不要</small>	※出向中の方は出向元会社名(給与の支払いを受けている会社) 〇〇××株式会社	
	⑥傷病名 胃腸炎	⑦発病又は 負傷の年月日	令和 5 年 8 月 12 日 (負傷の場合は 13 時頃)
	⑧ 発病又は負傷の原因 (具体的に詳しく)	急な腹痛と発熱があり受診	⑨第三者の行為に □ はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	⑩診療を受けた 医療機関の (a) 名称	〇〇〇病院	
	⑪診療の内容	診察、薬の処方	
	⑫診療の 期間	令和 5 年 4 月 3 日から 令和 5 年 4 月 3 日まで 1 日間	⑬診療を受けた 費用の額 4,600 円
	⑭上の⑫の期間中、入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	⑮療養の給付を 受けられなかった理由	□ 保険証交付手続き中だったため □ 前健保の保険証を資格喪失後に使ったため <input checked="" type="checkbox"/> その他(旅行先に保険証を持参していなかったため)	
	⑯被扶養者に関 する申請の時	(a) 被扶養者氏名 健保 一郎	(b) 生年月日 昭・平・令 2 年 4 月 3 日

※病院と薬局で2か所かかった場合は、申請書を分けてください。
※病院と薬局それぞれでレセプト(=診療報酬明細書)の添付が必要です。

注意事項

1. 自費診療代の申請を
診療月毎に申請書
調剤薬局毎に分けてご記入下
は、以下の書類を必ず添付して下さい。
 ★必要書類を忘れずに添付してください
 ①『領収書』(原本)
 ②『診療報酬明細書(レプト)』又は『調剤報酬明細書(レプト)』(原本)
 ※診療報酬明細書・調剤報酬明細書は、病院または薬局の窓口で依頼し、発行してもらってください。
 領収書と一緒に交付される『診療明細書』では手続きできません。
2. 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正のうえ目筆でサインして下さい。
3. 提出された申請書及び添付書類については、返却・写しの送付等は致しません。(不備書類の場合を除く)

退 職 者 ・ 退 職 予 定 者	この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は記入		
	退職している 退職の予定あり	令和 年 月 日 退職(予定)	任意継続被保険者、特例退職被保険者
	振込先口座 ●どちらか一方を記入	在籍中の方、1か月以内に退職予定のない方は 口座等記入不要	
<input type="checkbox"/> 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。 <small>(注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>			

健保 使用欄	支給 履歴 備考	<p>《記入例》前健保の保険証を資格喪失後に使用した場合</p> <p>★診療月毎、入院・通院毎に記入して下さい。</p> <p>★複数の医療機関受診の場合は、医療機関毎に記入して下さい。</p>
ソニー健康保険組合 健康保険		

チェック必須

◆申請者確認事項 (チェック必須)		<input checked="" type="checkbox"/> 記載内容については、申請者(被保険者)本人が記入・確認しました。
		<input checked="" type="checkbox"/> 在職中の給付金は事業主(⑤の本籍会社)経由で受領します。
①被保険者証の 記号・番号	記号 999 番号 999999	②被保険者の氏名 健保 太郎
③被保険者の住所 <small>※支給決定通知書等の書類送付先となります</small>	〒 111-1111 〇〇県△△市×××町 1-2-3	
④日中連絡の取れる電話番号等 <small>※お問い合わせの際に使用します※複数可</small>	□自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 □勤務先 : 090 - 9999 - 9999	
	□自宅 □携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 : 999 - 1111 - 9999	
	メールアドレス : abcdefg@▽×□.com	
⑤被保険者の本籍会社名 <small>※任意継続被保険者、特例退職被保険者の方は記入不要</small>	※出向中の方は出向元会社名(給与の支払いを受けている会社) 〇〇××株式会社	
⑥傷病名 胃腸炎	⑦発病又は 負傷の年月日 令和 5 年 4 月 4 日 (負傷の場合は 時頃)	
⑧発病又は負傷の原因 (具体的に詳しく) 腹痛、発熱	⑨第三者の行為に □ はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
⑩診療を受けた 医療機関の (a) 名称 〇〇〇病院	★申請書記入の際の注意 1. 診療月毎に記入 2. 病院、薬局毎に記入 3. 入院、外来別に記入 ▽市〇〇町9999	
⑪診療の内容 診察、治療		
⑫診療の 期間 令和 5 年 4 月 4 日から 令和 5 年 4 月 4 日まで 1 日間	⑬診療に要した 費用の額 9,600 円	
⑭上の⑫の期間中、入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
⑮療養の給付を 受けられなかった理由	□ 保険証交付手続き中だったため <input checked="" type="checkbox"/> 前健保の保険証を資格喪失後に使ったため □ その他()	
⑯被扶養者に関する申請の時	(a) 被扶養者氏名 健保 一郎	(b) 生年月日 昭 平 ・令 2 年 4 月 3 日
	(c) 被保険者との続柄 長男	

注意事項

1. 自費診療代の申請をする場合
診療月毎に申請書をご記入し、
調剤薬局毎に分けてご記入下さい。
①『領収書』(原本)
②『診療報酬明細書(レプト)』又は『診療報酬明細書・調剤報酬明細書』
※診療報酬明細書・調剤報酬明細書は、領収書と一緒に交付される『診療報酬明細書』を添付して下さい。
2. 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で括弧で囲ってご記入下さい。
3. 提出された申請書及び添付書類については返却致しません(不備書類の場合を除く)

★必要書類を忘れずに添付してください

① 前健保が発行した『領収証』
② 前健保が発行した『診療報酬明細書』
※①、②とも**原本**を添付
〔『診療報酬明細書』は開封厳禁の封筒のまま添付してください〕

退職者・退職予定者	この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は記入	
	退職している 退職の予定あり	令和 年 月 日 退職(予定) 任意継続被保険者、特例退職被保険者
	振込先口座 ●どちらか一方を記入	在籍中の方、1か月以内に退職予定のない方は 口座等記入不要
<input type="checkbox"/> 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。 <small>(注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>		

ソニー健康保険組合

チェック必須

療養費支給申請書

◆申請者確認欄 (チェック必須)		<input checked="" type="checkbox"/> 記載内容については、申請者(被保険者)本人が記入・確認しました。	
		<input checked="" type="checkbox"/> 在職中の給付金は事業主(⑤の本籍会社)経由で受領します。	
①被保険者証の 記号・番号	記号 999 番号 999999	②被保険者の氏名	健保 太郎
③被保険者の住所 <small>※支給決定通知書等の書類送付先となります</small>	〒 111-1111 〇〇県△△市×××町 1-2-3		
④日中連絡の取れる電話番号等 <small>※お問い合わせの際に使用します※複数可</small>	□自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 □勤務先 : 090 - 9999 - 9999		
	□自宅 □携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 : 999 - 1111 - 9999		
	メールアドレス : abcdefg@▽×□.com		
⑤被保険者の本籍会社名 <small>※任意継続被保険者、特例退職被保険者の方は記入不要</small>	※出向中の方は出向元会社名(給与の支払いを受けている会社) 〇〇××株式会社		
⑥傷病名	両弱視	⑦発病又は 負傷の年月日	令和 2 年 4 月 20 日 (負傷の場合は 時頃)
⑧ 発病又は負傷の原因 (具体的に詳しく)	先天性(生まれつき)	⑨第三者の行為に よるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑩診療を受けた 医療機関の (a) 名称	〇〇眼科医院		
⑪診療の内容	診察、治療用眼鏡の処方		
⑫診療の 期間	令和 5 年 4 月 3 日から 治療中 令和 年 月 日まで 日間	⑬診療に要した 費用の額	19,600 円
⑭上の⑫の期間中、入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
⑮療養の給付を 受けられなかった理由	<input type="checkbox"/> 保険証交付手続き中だったため <input type="checkbox"/> 前健保の保険証を資格喪失後に使ったため <input checked="" type="checkbox"/> その他(メガネ購入店が保険契約無いため)		
⑯被扶養者に関 する申請の時	(a) 被扶養者氏名 健保 一郎	(b) 生年月日 昭(平) 令 2 年 4 月 20 日	(c) 被保険者との続柄 長男

治療用眼鏡には上限金額が定められています
★上限金額 … 38,902円(令和6年3月31日まで)
40,492円(令和6年4月1日~)
上限金額を超えている場合は、上限金額で計算します

注意事項

1. 自費診療代の申請をする場合

診療月毎に申請書をご記入下さい。
調剤薬局毎に分けてご記入下さい。申請
①『領収書』(原本)
②『診療報酬明細書(レボト)』又は『調剤
※診療報酬明細書・調剤報酬明細書は、
領収書と一緒に交付される『診療明細書』では手続きできません。

★必要書類を忘れずに添付してください

- ① 弱視等治療用眼鏡作成指示書(医師の証明)(*コピーも可)
- ② 領収証(原本)

2. 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正のうえ自筆でサインをして下さい。

3. 提出された申請書及び添付書類については返却致しません。(不備書類の場合を除く)

この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は記入

退職している
退職の予定あり
令和 年 月 日 退職(予定) 任意継続被保険者、特例退職被保険者

振込先口座
●どちらか一方を記入

**在籍中の方、1か月以内に退職予定のない方は
口座等記入不要**

□ 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) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

《記入例》四肢リンパ浮腫等の治療のための弾性着衣を購入した場合

ソニー健康保険組合 理事長殿

健康保険 被保険者
家族

チェック必須

療養費支給申請書

◆申請者確認欄 (チェック必須)		<input checked="" type="checkbox"/> 記載内容については、申請者(被保険者)本人が記入・確認しました。	
		<input checked="" type="checkbox"/> 在職中の給付金は事業主(⑤の本籍会社)経由で受領します。	
①被保険者証の 記号・番号	記号 999 番号 999999	②被保険者の氏名	健保 太郎
③被保険者の住所 <small>※支給決定通知書等の書類送付先となります</small>	〒 111-1111 〇〇県△△市×××町 1-2-3		
④日中連絡の取れる電話番号等 <small>※お問い合わせの際に使用します※複数可</small>	□自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 □勤務先 : 090 - 9999 - 9999		
	□自宅 □携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 : 999 - 1111 - 9999		
	メールアドレス : abcdefg@▽×□.com		
⑤被保険者の本籍会社名 <small>※任意継続被保険者、特例退職被保険者の方は記入不要</small>	※出向中の方は出向元会社名(給与の支払いを受けている会社) 〇〇××株式会社		
⑥傷病名	子宮がん	⑦発病又は 負傷の年月日	令和 3 年 5 月 25 日 (負傷の場合は 時頃)
⑧ 発病又は負傷の原因 (具体的に詳しく)	子宮がん術後のリンパ浮腫	⑨第三者の行為に よるものであるか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑩診療を受けた 医療機関の (a) 名称	〇〇〇病院		
⑪診療の内容	診察、弾性着衣の装		
⑫診療の 期間	令和 3 年 5 月 25 日から 治療中 令和 年 月 日まで 日間	⑬診療に要した 費用の額	12,000 円
⑭上の⑫の期間中、入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
⑮療養の給付を 受けられなかった理由	<input type="checkbox"/> 保険証交付手続き中だったため <input type="checkbox"/> 前健保の保険証を資格喪失後に使ったため <input checked="" type="checkbox"/> その他(購入店が保険契約無いため)		
⑯被扶養者に関する申請の時	(a) 被扶養者氏名 健保 花子	(b) 生年月日 昭・平・令 52 年 7 月 10 日	(c) 被保険者との続柄 妻

被保険者が記入するところ

弾性着衣には種類毎それぞれ上限金額が定められています
※HPの ■立て替え払いをしたとき をご覧ください。
上限金額を超えている場合は、上限金額で計算します

注意事項

1. 自費診療代の申請をする場合

診療月毎に申請書をご記入下さい。
調剤薬局毎に分けてご記入下さい。

①『領収書』(原本)

②『診療報酬明細書(レプト)』又は『調剤報酬明細書・調剤報酬明細書』
※診療報酬明細書・調剤報酬明細書
領収書と一緒に交付される『診療明

★必要書類を忘れずに添付してください

① 弾性着衣装着指示書(医師の証明)

② 領収証

※①、②とも原本を添付

2. 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正のうえ自筆でサインをして下さい。

3. 提出された申請書及び添付書類については返却致しません。(不備書類の場合を除く)

この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は記入

退職している
退職の予定あり

令和 年 月 日 退職(予定) 任意継続被保険者、特例退職被保険者

振込先口座
●どちらか一方を記入

在籍中の方、1か月以内に退職予定のない方は
口座等記入不要

氏名

□ 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) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

受 付 印