

療養費支給申請書

被保険者証の上部に印字されている数字をご記入ください。番号の枝番は記載不要です。

| | | | |
|----------|------------------------|----|--------|
| 被保険者証 記号 | 9999 | 番号 | 999999 |
| 被保険者氏名 | 日発 太郎 昭・平 ××年 ××月 ××日生 | | |

療養を受けた方

| | | | |
|--|--|-------------------|---------------------------------------|
| フリガナ 氏名 | ニッパツ ジロウ 日発 次郎 | | 被保険者との続柄(長男) ※子の場合は、長男、次男、のように記入 |
| 傷病名 | 昭・平・令 ××年 ××月 ××日生 発熱 医師から指示のあった傷病名を記入します。 | | |
| 発病、負傷の原因 およびその経過 | 原因となる傷病の発症時期や、今日までの経過などを記入します。 旅行中に発熱し、近くの病院にかかった。 | | |
| 第三者の行為に よりますか | いいえ ・ はい →別途届出(第三者行為に関する傷病届)が必要です。 | | |
| 申請理由 (いずれかに○()内詳細記入) | 1. 立替払等(保険証所持・第三者行為・その他) 2. 治療用装具() 3. その他() 前保険証を使用してしまった請求はその他に記入します。 | | |
| 受診月・区分 | 令和 ××年 ××月 受診分 外来 ・ 入院 ・ 調剤 (いずれかに○) | 病院にかかった月 要した費用 | 窓口で支払った金額 円 |
| 診療を受けた 病院等 | 名称 □□内科 | 医師氏名 〇〇〇〇先生 | 所在地 〇〇市 △△9-9 |
| 上記金額の受領を右記のものに委任します。委任者 □□□株式会社 代表取締役社長 〇〇〇 下記□を確認✓ <input checked="" type="checkbox"/> この提出について申請者本人が作成しました。 <input checked="" type="checkbox"/> 記載内容に誤りがないか確認しました。 令和 ××年 ××月 ××日 被保険者氏名 日発 太郎 | | | |

注意事項

- ① 立替払の場合は、診療報酬明細(点数明記のもの)と領収書
※診療報酬明細1枚につき、この申請書1枚の記入が必要です。
- ② 診察が月をまたがる場合は、月ごとの申請書を作成してください。
- ② 装具の場合は、下記すべてを添付して下さい。
・医師の意見及び装着証明・装具代金の領収書(明細)・装具作製確認書・装具写真

会社経由で受給となる為、事業主が委任者となります。

以下は健保組合使用欄

レセ確認

受付印

支給印

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

療養費支給申請書

被保険者証の上部に印字されている数字をご記入ください。番号の枝番は記載不要です。

| | | | |
|----------|------------------------|----|--------|
| 被保険者証 記号 | 9999 | 番号 | 999999 |
| 被保険者氏名 | 日発 太郎 昭・平 ××年 ××月 ××日生 | | |

療養を受けた方

| | | | |
|--|---|----------------------|------------------------|
| フリガナ 氏名 | ニッパツ ジロウ 日発 次郎 | 被保険者との続柄(長男) | 昭(平) 令 ××年 ××月 ××日生 |
| 傷病名 | 右足首捻挫 | 医師から指示のあった傷病名を記入します。 | |
| 発病、負傷の原因 およびその経過 | 原因となる傷病の発症時期や、今日までの経過などを記入します。 学校のクラブ活動中(バスケ)に転倒し受傷した。 | | |
| 第三者の行為に よりますか | いいえ ・ はい →別途届出(第三者行為に関する傷病届)が必要です。 | | |
| 申請理由 (いずれかに○()内詳細記入) | 1. 立替払等(保険証不所持・第三者行為・その他) 2. 治療用装具(入院中装着 通院中装着・小児治療用眼鏡) 3. その他() | | |
| 受診月・区分 | 令和 ××年 ××月 受診分 | 要した費用 | 装具購入金額 |
| | 外来・入院・調剤 (いずれかに○) | 円 | |
| 診療を受けた 病院等 | 名称 □□整形外科 | 医師氏名 | 〇〇〇〇先生 |
| | 所在地 | 〇〇市 △△9-9 | |
| 上記金額の受領を右記のものに委任します。 下記口を確認✓ <input checked="" type="checkbox"/> この提出について申請者本人が作成しました。 <input checked="" type="checkbox"/> 記載内容に誤りがないか確認しました。 | | 委任者 | □□□株式会社 代表取締役社長 〇〇〇 |
| 令和 ××年 ××月 ××日 | | 被保険者氏名 | 日発 太郎 |

注意事項

- ① 立替払の場合は、診療報酬明細(点数明記のもの)と領収書
※診療報酬明細1枚につき、この申請書1枚の記入が必要です。
- ② 診察が月をまたがる場合は、月ごとの申請書を作成してください。
- ② 装具の場合は、下記すべてを添付して下さい。
・医師の意見及び装着証明・装具代金の領収書(明細)・装具作製確認書・装具写真

会社経由で受給となる為、事業主が委任者となります。

以下は健保組合使用欄

レセ確認

受付印

支給印

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |