

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書

年 月 日提出

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-------------|--|---------------------------|--------|--|----------------|---|----------|--|------|--|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 被保険者証 記号 | | 番号 | 被保険者氏名 | 事業所 名称 | 〒 | 電話 () | | | | |
| | 被保険者の住 所 | | | | | | | | | | |
| | 申請 対象者 | | 氏名 | | 生年月日 | | 被保険者との続柄 | | | | |
| | | | | | 年 月 日 | | | | | | |
| | 申請理由 | | 該当する番号に○印 | | | | 必要な添付書類(原本) | | | | |
| | | | 1. 治療用装具(コルセットなど) | | | | <input type="checkbox"/> 領収書、内訳書、保険医の証明書 | | | | |
| | | | 2. 小児用弱視等の治療用メガネ・コンタクトレンズ | | | | <input type="checkbox"/> 領収書、保険医の意見(作成指示)書 | | | | |
| | | | 3. 前健保の保険証を資格喪失後に使用した | | | | <input type="checkbox"/> 返還金領収書と診療報酬明細書 | | | | |
| | | | 4. やむをえず保険指定医以外の医療機関に受診した | | | | <input type="checkbox"/> 領収明細書と診療報酬明細書 | | | | |
| | | | 5. 保険証を提示できなかった | | | | <input type="checkbox"/> 領収明細書 | | | | |
| 傷病名 | | | | | 発病または 負傷年月日 | | 年 月 日 | | | | |
| 発病・負傷の 原因・経過 | | | | | 負傷の場合 該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故)によるケガ <input type="checkbox"/> 勤務中、出勤退勤途中のケガ | | | | |
| 診療または手当 を受けた期間 | | 年 月 日から | | 日間 | | 療養に要した 費用の額 | | 円 | | | |
| | | 年 月 日まで | | | | | | | | | |
| 診療を 受けた 医療機関 | | 名称 | | | 所在地 | | | | | | |
| | | | | | 電話 () | | | | | | |
| 在籍中 の方 | | 私は事業主を代理人と定め、本申請書の給付金受領に関する権限を委任します。また、代理受領された給付金より事業主が租税公課等を控除することに同意します。 | | | | | | | | | |
| | | 被保険者氏名 ㊟ | | | | | | | | | |
| 退職後の方 (任意継続者は記 入不要) | | 銀行名 | | 支店名 | | 口座名義(カナ) | | 預金種別 | | 口座番号 | |
| | | | | | | | | 普通 当座 | | | |

<健保組合記入欄>

| | | | | | |
|----------|------------------|--------|-----|---|----|
| 基準額 円 | 負担割合 7割・8割・9割 | 支給額 | | 円 | 備考 |
| | | 内 訳 | 療養費 | 円 | |
| | | | 付加金 | 円 | |

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

日産化学健康保険組合

29.12

受付日