

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

家 族

【治療用装具、立替払い等、海外療養費、生血】

被保険者注意事項
 5. 4. 3. 2. 1.
 申現海記診外傷性疾
 請入外入療入性疾患
 書海とでして受けた
 は外とき受けた
 、にはけただ
 、あ、た
 ケる日診さ
 月被療い
 に保語
 入險に係
 院が訳申
 ・申文(給
 通請(翻給
 別る場者「
 に作合は、
 成し、事業
 して、業主
 くだ、業主
 さい。由記
 。し、載し
 提、及
 出、び
 して、(領
 提、収
 出、明
 して、細
 くだ、書
 さい。を
 添、付
 付、し
 した、て
 場、合
 合、は、
 ⑨、
 ⑩、
 ⑪、
 ⑫、
 は、そ
 の、よ
 うに
 読、み
 替、え
 て

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号	999	② 被保険者氏名	埼玉 太郎		
	被保険者証の番号	999	被保険者氏名生年月日	昭平令 33年11月11日		
	③ 被保険者の現住所	〒333-XXXX (電話番号) 000-000-0000 埼玉県さいたま市大宮区桜木町〇-XX-△				
	委任状	この給付の受領を下記④の事業所に委任します。 令和XX年XX月XX日 被保険者氏名 埼玉 太郎				
	④ 被保険者の勤務する事業所の名称	〇〇〇株式会社				
	⑤ 傷病名	〇〇靭帯損傷	⑥ 発病又は負傷の年月日	平令XX年XX月XX日	(負傷の場合は XX時頃)	
	⑦ 発病又は負傷の原因	バレーボールでレシーブをした際に負傷した。 仕事上の負傷 : 1. はい ②. いいえ 他人の加害行為による負傷 : 1. はい ②. いいえ 通勤時の負傷 : 1. はい ②. いいえ				
	⑧ 傷病の経過	継続療養中				
	⑨ 診療を受けた病(医)院の名称	〇〇〇医院	所在地	〇〇市△△1-1	治療用装具を支払った日 (領収書の日付)	
	⑨ 診療を受けた病(医)院の所在地	〇〇市△△1-1				
	⑨ 診療を受けた病(医)院の医師名	〇〇 〇〇				
	⑩ 診療の内容	検査、薬処方				
	⑪ 診療の期間	自 令和XX年XX月XX日	至 令和XX年XX月XX日	XX日間	⑫ 診療に要した費用の額	円
	⑬ 入院・入院外の別	入院 入院外	⑭ 入院の場合その期間	自 令和XX年XX月XX日	至 令和XX年XX月XX日	作成した装具の費用 日間
	⑮ 療養の給付を受けることができなかった理由	治療用装具は保険契約がないため				
	⑯ 申請が被扶養者に関するときはその者の氏名	埼玉 花子	生年月日	昭平令 XX年XX月XX日	被保険者との続柄	妻
備考	※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)					

(添付書類についての注意)

(埼玉機械工業健康保険組合)

1. コルセット、ギプス等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費についての領収書」をつけてください。
 なお、入院中にコルセット等を装着した場合は、医療担当者の証明書にその旨記入してもらってください。
2. 立替払い等の申請のときは、「診療報酬明細書」と領収書をつけてください。「診療報酬明細書」が無い場合は、医療機関で別紙「領収(診療)明細書」に証明をもらってください。
3. 歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書をつけてください。
4. 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」をつけてください。

※勤務先・医療機関等・市区町村・労働基準監督署・全国健康保険協会などに問い合わせをする場合があります。

(R4.4.1)