

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

【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
 請る外入療入傷性疾
 書海とでして受けた患
 は外ときてくたの(負
 、にはけださ(負傷し
 一あ、ただた(負傷し
 ケる日診さい。はした
 月被療い。では傷し
 毎保語。はなく時等)
 に険に係る(薬剤の場
 入院が訳文の申請は、
 ・申請(翻訳)には、
 別る場者「診療内容
 に作成し、氏名、住所等
 して、事業主を記載し
 ください。理由として
 提出した(領収明細書)
 を添付してください。
 添付した証拠書類が
 外国語で記載されて

被 保 険 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 生年月日	埼玉 太郎		
		番号 999		昭・平・令 33年11月11日		
	③ 被保険者の 現住所	〒 333 - ×××× (電話番号) 000-000-0000 埼玉県さいたま市大宮区桜木町〇-××-△				
	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 ××年 ××月 ××日 被保険者氏名 埼玉 太郎				
		※ 現在④の事業所に勤務の方は、委任状に被保険者氏名を記載してください。 ※ 退職後の申請で、上記に委任しない場合は、『給付金等振込送金依頼書』を提出してください。				
	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	インフルエンザ	⑥ 発病又は負 傷の年月日	平・令 ××年××月××日 (負傷の場合は 時頃)		
	⑦ 発病又は 負傷の原因	高熱が出たため受診。 仕事上の負傷 : 1. はい 2. いいえ 他人の加害行為 通勤時の負傷 : 1. はい 2. いいえ による負傷 : 1. はい 2. いいえ				
	⑧ 傷病の経過	治癒				
	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			
		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 ××年 ××月 ××日	⑫ 診療に要し た費用の額	5,000 円		
		至 令和 ××年 ××月 ××日		××日間		
	⑬ 入院・入院外 の別	入院	⑭ 入院の場合 その期間	自 令和 年 月 日	日間	
入院外		至 令和 年 月 日				
⑮ 療養の給付を 受けことが できなかった理由	手続き中で、保険証をもっていなかったため。					
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 ××年××月××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)