

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書

(立替払等、治療用器具)

負傷届(発病の原因が外傷「打撲・捻挫・骨折など」の場合に記入して下さい。)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	健康保険 被保険者証の 記号・番号	(記号) 1	(番号) 12345	事業所名	(株)NSD		被保険者 の業務の 種別	SE	
	被保険者 の氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ			住所	〒 163 - 0716 東京都新宿区西新宿2-7-1			
	療養を受けた 者の氏名	健保 花子			生年月日	平成1年2月3日	続柄	妻	
	傷病名	急性虫垂炎	発病又は負傷 の年月日	2019年4月1日	傷病の経過	完治			
	発病の原因 (打撲・捻挫・骨折等の 時は負傷届を記入し て下さい。)	夏休み中、激しい腹痛をおぼえ近くの病 院を受診。緊急手術を行い、そのまま入 院となった。				診療を受けた 医療機関等	名称	〇〇病院	
		診療を受けた 医療機関等	所在地		大阪府大阪市北区〇-〇-〇				
	第三者行為による ものですか	はい ・ <u>いいえ</u>				診療を担当した 医師氏名	日本 一郎		
	診療を受けた期間	2019年4月1日 ~ 2019年4月7日				7 日間			
	治療用器具の場合	装着日	年 月 日		診療に要した 費用の額	378,000 円			
	申請理由	ア. 入社直後で保険証が手元に届いていなかった				<u>イ.</u> 緊急やむを得ず受診したが保険証未携帯であった			
	ウ. やむを得ない理由で以前加入していた健康保険の 保険証を使用した				エ. 治療用器具を購入した				
	オ. 9歳未満の治療用眼鏡を購入した				カ. その他()				
振込を希望する 金融機関	事業所届け出済み口座(経費口座)へ振込希望の場合は☑をしてください。⇒ 別の口座へ振り込み希望の場合のみ、以下記入してください。								
※被保険者又は 受領を委任する 代理人の口座に 限ります	金融機関名称	(フリガナ) 銀行・信用金庫 信用組合・農協						本店 支店	
	普通預金	口座番号	※経費口座へ振込希望の場合は、記入不要						
	口座名義	(フリガナ)							
代理人に受領を 委任する時は 記入して下さい	この給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 被保険者氏名 _____								
被保険者の マイナンバー	※被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です。								

負 傷 の 発 生 状 況	いつ	年 月 日	午前	時 分
	どこで(場所)			
	何の目的で			
	何をしているときに どうなった			

◇負傷原因が第三者の行為(交通事故、集団食中毒等)によるものであるときは、その事実並びに第三者の氏名及び住所等を記入した「第三者行為による負傷届」を添付して下さい。

◇保険医の同意により、はり・きゅう・あんま・マッサージの施術を受けた時は(はり・きゅう用)の療養費支給申請書を使用して下さい。

◇海外で診療を受けた時の費用は、海外療養費支給申請書を使用して下さい。

◇治療用器具について、医療機関や器具業者から、「健康保険の支給対象です」との説明があっても、「治療用器具の療養費支給基準」(健保HP「立て替え払いをしたとき」参照)を満たしていない場合は、給付することができません。

◇保険給付を受ける権利は、2年間で消滅します。

受付年月日