

療養費支給決定並支払伺

| | | | | | | |
|---------------------------------|------|---------------------|-----------|------|------------------|-----|
| 健 保 組 合 記 入 欄 | 起案 | | 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | 支給額 | 円 | | | | |
| | 支給期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 日間 | 不支給 期間 | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

(健則第53条63条の4)

| | | | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------|----------|----------|----------------|-------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る 欄 | 被保険者証の記号と番号 | 記号 | 番号 | 事業所の名称 | | |
| | 傷病名 | | | 発病負傷年月日 | 平成 令和 | 年 月 日 |
| | 発病又は負傷の原因 およびその経過 | | | | | |
| | 診療又は手当の期間 | 自 | 平成 | 年 月 日 ~ | 診療に要し た費用の額 | 円 |
| | | 至 | 平成 | 年 月 日 日間 | | |
| | 診療を受けた医療機関等 | 所在地 名称 診療した医師氏名 | | | | |
| | 申請が扶養者に関するときは その者の氏名生年月日続柄 | 氏名 | | 続柄 | | |
| | | 生年月日 | 昭和・平成・令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 診療又は手当の内容 | | | | | |
| | 療養の給付を受けることが できなかった理由(詳細に) | | | | | |
| | 振込先金融機関 ※被保険者の口座を記入 | 銀行 | 支店 | 普通 | | |
| | | (フリガナ) | | | | |
| | 口座No. | 名義人 | | | | |
| 上記のとおり申請します | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | |
| 〒 | | | | | | |
| 被保険者住所 | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | |
| 印 | | | | | | |

カゴメ健康保険組合理事長 殿

- 注 1. 標題の(被保険者)(家族)の別に該当する文字を○で囲んで下さい
2. 血液代に関する至急申請書のときは輸血を必要と認めた医師の証明書及び血液代金の領収書を添付してください
3. 治療用装具に関する支給申請のときは装着が傷病の治療のため必要と認めた医師の意見書(同意書・証明書)および装具装着証明書と領収書を添付して下さい
4. 緊急その他やむを得ず診療を受け自費で支払ったときはその診療報酬明細書及び領収書を添付して下さい
5. 傷病が第三者の行為によるときは「第三者行為による事故届」(別紙)を添付して下さい(未提出の場合)
6. 9歳未満の小児用で、弱視・斜視・先天白内障術後の屈折矯正の治療用であると眼科医の証明があるものの添付書類については
- ①治療用眼鏡の領収書(フレーム・レンズ等それぞれの価格の内訳、対象児の名前が記入されたもの)、
- ②治療を担当した保険医による治療用眼鏡の作成指示の写し ③患者の検査結果 が必要です。