

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(第 回目)

家 族

2019・10 改定版

○添付書類については用紙下部もしくは記入上の注意の頁をご覧ください。○後期高齢者医療を受けられる方は健康保険ではこの給付は行いません。

被保険者証の記号番号		③被保険者の生年月日			④資格取得年月日					
①	②	昭和 平成	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日	
⑤被保険者(申請者の氏名と印)					⑥事業所の名称					
(フリガナ)					⑦事業所所在地・電話番号(支店勤務の場合は本社所在地を記入)					
(相続人からの請求の場合は被保険者氏名:)					〒 - 電話番号 ()					
A 被保険者(申請者)の住所・電話番号										
郵便番号								電話	()	
⑨ 該当者が被扶養者の場合	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	年齢	続柄	歳	
⑩傷病名及び傷病の経過			⑪負傷は第三者の行為によるものですか			⑫負傷の原因・状況				
負傷→(⑪⑫へ) 病気→(⑬へ)			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 負傷届を提出してください 右欄に記入してください			【いつ】 平成 令和 年 月 日 曜日 午前 午後 時 分 頃				
⑬発病の原因			発病年月日			【どこで】				
			平成 令和 年 月 日			【何をしていたどのように負傷したか詳しく】				
						□私用中 □仕事中 □通勤途中(パート含む) □その他				
⑭診療又は手当の期間		入院期間(入院有の場合)			⑮装具を装着した場合は装着日					
令和	年 月 日	から	受診日数	日	令和	年 月 日	から	令和	年 月 日	装着
令和	年 月 日	まで	入院有無	有・無	令和	年 月 日	まで	※装具を装着した場合は写真を添付してください。		
⑯診療・装具に要した費用		⑰医療機関等の名称等			担当医					
円		名称								
所在地										
⑱療養の給付を受けることができなかった理由					やむを得ず健康保険被保険者証を使用できなかった理由					
<input type="checkbox"/> 治療用装具の装着(下肢・上肢・コルセット・その他) <input type="checkbox"/> 他制度で受診(国保・共済・その他) <input type="checkbox"/> 自費で受診(国内・海外/国名)										

B 振込口座	委任口座	口座預金種別	預金口座名義人等の氏名
	銀行 店 金庫 支店 組合 営業部 農協 出張所	1. 普通 2. 当座 3. その他 預金口座番号(左詰で記入)	

在職中の方へ ↑ 事業所への受領委任をお願いしております。被委任者口座をご記入ください。(事業所にて記入)
↓ 受取代理人の欄に記入。捺印してください。被保険者は左側、代理人(事業所)は右側です。

C 受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。	代理人の氏名・印	被保険者(申請者)との関係
	令和 年 月 日	印	
	被保険者(申請者) 住所 氏名	印	代理人の住所・電話番号 電話 ()

社会保険労務士氏名・印	印
-------------	---

【簡易版 添付書類一覧】 ※記載なき場合すべて原本 ※詳細については裏面をご覧ください

立替払等	自費(保険証未所持)	当保険加入期間中に他保険で受けた医療費を返還
	●領収書 ●診療報酬明細書	●他保険に返還した領収書 ●診療報酬明細書(封書のまま)
治療用装具	治療用装具	
	●領収書 ●医師の意見書 ●装着証明書 ●装具の写真	小児弱視等の治療用眼鏡等 ●領収書 ●検査結果もしくは処方箋等写

記入上の注意

A.被保険者(申請者)が記入するところ

標題について

- 1 標題の「被保険者」・「家族」の文字のいずれか該当する方を○で囲んでください。
- 2 標題の「家族」の文字を○で囲んだ場合は、⑨の欄については必ず記入してください。
(「被保険者」を○で囲んだ場合は⑨欄の記入は不要です。)

【負傷・第三者行為によるものであるとき】

- 3 ⑩欄が負傷の場合は⑪⑫欄ご記入ください。
- 4 ⑪欄が「はい」の場合は別途「負傷届(第三者の行為による傷病届)」が必要ですので、健康保険組合までお問い合わせください。
「いいえ」の場合は⑫欄に記入してください。

【薬剤のみの支給を受けたとき】

- 5 薬剤を受けた場合は、⑭～⑯欄はそのように読み替えて記入してください。
※薬剤を受けた場合とは、無医村域において、医師の診療を受けることが困難で、応急処置として売薬の服用をした場合のことをいいます。

【小児弱視等治療用眼鏡等の更新の場合】

- 6 ⑩欄に更新前の装着年月日及び支給申請した健康保険組合等の名称を記入してください。(前回も当健康保険組合の場合は不要)

B振込口座、C受取代理人の欄

在職中の方の保険給付の支払いは、支払事務を迅速に行えるよう、事業主又は担当者様に受取代理人となっていただいております。

- 1 振込口座欄には事業所の委任口座を記入していただけてください。
- 2 受取代理人の欄には被保険者(申請者)の住所、氏名、申請年月日を記入のうえ、押印してください。
- 3 代理人の氏名・印の欄には代理人となっていただいている事業主又は担当者の方の氏名・押印をお願いします。

添付書類について

療養費の種類により添付書類が異なりますので、下記をご確認のうえ提出願います。

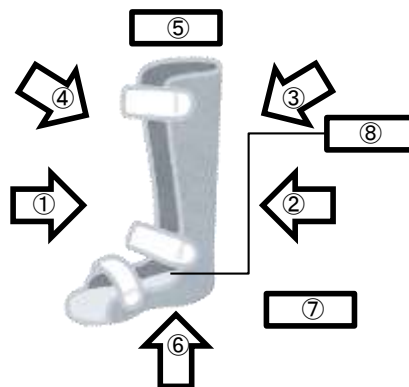
写しの記載がないものについては原本をご提出ください。

立替払等	① 保険証を所持しておらず、自費で受診した	●領収書 ●領収(診療)明細書 もしくは 診療報酬明細書
	② 以前加入していた保険証を使用、医療費を返還した	●他保険に返還した際の領収書 ●診療報酬明細書写し…封書の場合は開封無効
	③ 海外で診療を受けた	●領収書 ●パスポート写し(渡航履歴) ●診療内容証明書 ●診療明細書 ※海外療養費については別途申請用紙がありますのでお問い合わせください。診療内容証明書等外国語で記載されている場合は翻訳をつけてください。
治療用装具	① 治療用装具を作成した	●医師の意見書 ●装着証明書 ●領収書 ●作成した装具の写真(下記参照)
	② 小児弱視等の治療用眼鏡を作成した(9歳未満)	●作成指示書写し もしくは 処方箋等の写し ●領収書
	③ 弾性着衣を購入した	●弾性着衣等 装着指示書 ●領収書

治療用装具の写真的撮り方について…下記、足につける装具を掲載しますが、その他の装具の場合も下記を参考に写真撮影をお願いします。

- ① 正面
- ② 背面(正面の反対側)
- ③ 右側
- ④ 左側
- ⑤ 全体図
- ⑥ 下・底
- ⑦ サイズ表記(ある場合)
- ⑧ ロゴ・商標等(ある場合)
- ⑨ 取扱説明書・製品箱(ある場合)

※①～⑥は必須です



その他、記入方法等不明な点がございましたら組合までご連絡ください。

大阪府電気工事健康保険組合 TEL 06-6486-9013

