

支給決定伺

支給決定額	健康保険組合				事業主(本社総務)		
	常務理事	事務長	主任	担当			
円							

資格取得(認定)日	令和 年 月 日
資格喪失(消滅)日	令和 年 月 日
支払年月日	令和 年 月 日

健康保険 被保険者 療養費請求書 (立替払い 治療用装具等)
被扶養者

*太枠線内を記入してください

被 保 険 者 の 記 入 す こ ろ	提出日	令和 年 月 日	本人家族区分	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
	被保険者証の記号・番号		被氏 保 険 者 名	フリガナ	(名)
	記号	番号		(氏)	
	事業所名称		所 属・電話番号		生 年 月 日
			(電話番号)	昭和・平成・令和 年 月 日	
	請求が被扶養者 に関するときは その者の氏名	被扶養者 生年月日 年齢	昭和・平成・令和 年 月 日		被 保 険 者 の 続 号
	医療費助成を 受けていますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい [<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> その他 ()]			
	傷 病 名	発病または 負傷年月日		令和 年 月 日	
	疾病または 負傷の原因	診療または 手当の内容			
	第三者行為に因る 傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⇒「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」添付してください		
	外傷性の 傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⇒「はい」の場合は、「傷病原因届」を添付してください		
	申請理由	<input type="checkbox"/> A. 当健保の保険証を持たずに受診 <input type="checkbox"/> C. 治療用装具を購入 <input type="checkbox"/> E. その他 <input type="checkbox"/> B. 旧保険証の使用して受診 <input type="checkbox"/> D. 小児弱視治療用眼鏡等を購入 ()			
受医 診療 した 機関	所 在 地	(電話番号)			
	名 称	(医師名)			
申請理由が A と B の場合のみ記入してください。		診療または 手当に要した 費用の額	※領収書の額		
診療期間	令和 年 月 日 ~ 月 日	円			
入院・外来の別 および日数	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 (日間)	申請理由が C と D の場合のみ記入してください。			
医科・調剤の別	<input type="checkbox"/> 医科(診療費) <input type="checkbox"/> 調剤(薬代)	装 具 等 の 装 着 日	令和 年 月 日		
委任状	表記の請求金額の受領を経理部長に委任します。 令和 年 月 日			氏名を自署されても捺印は必要です。 被保険者の 氏 名	

受付日付印