

支給決定通知書

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)

*太枠線内を記入してください

被 保 険 者 の 記 入 す る と こ ろ	提出日	令和 4 年 4 月 25 日			本人家族区分	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	
	被保険者証の記号・番号				被氏保 険者名	フツリュウ 太郎	
	②	号	208	番号	123456	姓 名	物流 太郎
	事業所名称			所属・電話番号		生年月日	
	ロジスティード(株)			本社 人事サービスセンター (電話番号) 03-6263-2813		昭和・平成・令和 57 年 9 月 6 日	
	請求が被扶養者に関するときはその者の氏名		物流 一郎		被扶養者 生年月日 年 月 日	昭和・平成・令和 29 年 1 月 31 日	
	医療費⑤を受けていますか?		<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい [<input checked="" 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⑥		先天性白内障		発病または 負傷年月日	平成 29 年 1 月 頃 日	
	疾病ま たは負傷⑦		先天性		診療 手帳⑦は ある	術後管理のため定期的に通院し検査や 視能訓練等を行っている	
	第三者行為に因 る傷病です⑧		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		⇒「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください		
	外傷性 傷病です⑧		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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⑨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. 旧保険証のを使用して受診 <input checked="" type="checkbox"/> D. 小児弱視治療用眼鏡等を購入 ()				
	受医診 療し機 関名		所在地 〒 142-0063 東京都品川区〇〇町1-1-1 (電話番号) 03-XXXX-XXXX		名称 ×× 医科大学附属小児医療センター (医師名) ×× 一太		
	⑪ 申請理由が A と B の場合のみ記入してください。		診療期間 令和 4 年 3 月 2 日 ~ 月 日		診療または 手当に要し た費用の額 ⑫ 25,000 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。			
⑬ 装具等の別		<input type="checkbox"/> 医科(診療費) <input type="checkbox"/> 調剤(薬代)					
⑭ 表記の請求金額の受領を経理部長に委任します。		令和 4 年 4 月 25 日 被保険者の氏名 物流 太郎 (印)					

受付日付印

【支給要件】
次のような場合に、この請求書を健康保険組合へ提出してください。
1. やむを得ず、保険医療機関(健康保険証が使用できる医療機関)以外の医療機関で受診したとき
2. 就職等で健康保険証を受け取る前に医療機関で受診したとき
3. 医師の指示により治療用のコルセット等を装着したが、全額本人が立て替えたとき(この場合、医師の同意書を添付してください)

《記入要領及び記入上の注意事項》…左記帳票の番号と照合してください。

- 『被保険者』又は『被扶養者』の該当する方に○を付けてください。
- 記号・番号は健康保険証をよく確認の上、記入してください。
- 請求が被扶養者に関する場合は、診療日または装着日時時点の年齢を記入してください。
- 被保険者からみた続柄を記入してください。
- 国や自治体より医療費助成を受けている方は、「はい」へ✓し、各種別にも✓をしてください。
- 医師から診断をされた傷病名を記入してください。
- 分かる範囲で記入してください。
- 「第三者行為」および「外傷性」による傷病の場合は、別紙の各届出書を添付してください。※下記《添付書類》参照
- 今回の申請理由に✓をつけてください。「Eその他」の場合は、() に理由を記入してください。
- 受診した医療機関の情報を記入してください。
- 「立替払い」申請の方のみ記入してください。
- 領収書の額を転記してください。但し、健康保険の適用対象外の費用は除外してください。例)眼鏡の保証費や消耗品費など
- 「治療用装具等」申請の方のみ記入してください。
- 給付金を給与に合算して支給される事業所の方は、委任状欄の記入・押印をお願いします。
※被保険者氏名を自署されても本人印は必要ですので、注意してください。

* 記入内容を訂正する場合には、必ず訂正個所に認印を押してください。
* 本請求書は、月ごとに1枚ずつ必要です。尚且つ「立替払い」申請の場合は、医科・調剤ごとにそれぞれ必要です。

《添付書類》 *注意* 1) は必須、2)~4) はいずれか、5) 6) は該当の場合のみ必要

- 医療機関等が発行した領収書(原紙)

左記記入例⑩の申請理由が

- Aの場合・・・医療機関等が発行した領収明細書 又は 診療報酬明細書
- Bの場合・・・診療報酬明細書 / 返還金領収書
- C・Dの場合・・・医師の意見書(作製指示書) / 装具の単価のわかる明細書 ※靴装具の場合のみ当該装具の写真
- 「外傷性」による傷病の場合・・・「負傷原因届」(健保指定帳票)
- 「第三者行為による傷病の場合・・・「第三者行為による傷病届」(健保指定帳票K-401)

《事業所健保担当者の方へのお願》
健保組合へ提出される前に…
① 本人記入欄(太枠線内)に記入もれや、誤りがないか
② 添付書類は揃っているか
以上をご確認頂いた上で、事業所担当者印を押印願います。