支 給 決 定 伺

支 給 決 定 額	健康保険組合			事業主(本社総		総 路)	
Z #4 V. Z. 494	常務理事	事務長	主任	担当	· * * -	: (A IL	NO 199 /
Ħ							
' '							

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	

* *	枠線内を記入してください						
	提出日		√家族区外1	□ 被保険	者 ☑被扶養者		
	被保険者等記号・番号	被氏保	フリガナ ブツリ (氏)	リュウ	タロウ (名)		
被	²⁾ 2 0 8 ^第 1 2 3 4 5 6	険 者名	物	流	太郎		
	事業所名称		所 属 電話番号		生年月日		
保	ロジスティード(株)	本社 人	人事サービスセンター の 3-6263-2813				
険者	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 齢	昭和・平成・令和 (受診日または装		31 日被保証 二男		
0	医療費 5 を 受けてい 5 · ? □いいえ	□✔1 幼児	□障害□	ひとり親	□その他()]		
記入	^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			
す	疾病ま	************************************					
8					「為による傷病届」 添付してくださ い		
と	外傷性 8□ はい □ ℓ	⇒「はい」の	の場合は、「 <u>傷</u> 療	 			
ころ	□ A. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため □ B. 前の保険者で資格喪失後に受診したため □ C. 治療用装具を購入 □ C. 治療用器・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・						
	交医 所在地 〒 142-0063 診療 し機 取京都品川区〇〇)町1-1-	1	(電話番号)	03-***		
	を関 名 称 × × 医科大学 院	属小児医療セ	ンター	(医 師 名)	\times \times $ \star$		
	11 申請理由がAとBの場合のみ記入し 診療期間 令和4年3 月2 日~	てください。	診療または 手当に要額 た費用の額	※領収書の額	25,000 円		
	入院・外来の別お よ び 日 数 □入院 □外来 (日間)	申請理日	由が C と D の 場合	うのみ記入してください。		
	医科・調剤の別 □ 医科(診療費) □ [調剤(薬代)	装具等 (1)装着 目	3) 令和 4	年 3 月10 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 4 年 4 月	25 ∃	_{剣者の} 名 物 汚	充 太郎	氏名を自審されても施印は必要です。		

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(健康保険が利用できる医療機関)以外の医療機関で受診したとき
- 2. 就職等で 健康保険の資格確認ができ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。

- ① 『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。
- ② 記号・番号は「資格情報のお知らせ」「資格確認書」「マイナポータル」「旧保険証」等をよく確認の上、記入してください。
- ③ 請求が被扶養者に関する場合は、診療日または装着日時点の年齢を記入してください。
- ④ 被保険者からみた続柄を記入してください。
- ⑤ 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。
- ⑥ 医師から診断をされた傷病名を記入してください。
- ⑦ 分かる範囲で記入してください。
- ⑧ 「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
- ⑨ 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。
- ⑩ 受診した医療機関の情報を記入してください。
- ① 「立替払い」申請の方のみ記入してください。
- ② 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。
- ④ 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

1) 医療機関等が発行した領収書(原紙)

左記記入例⑨の申請理由が

- 2) Aの場合・・・医療機関等が発行した診療明細書 または 診療報酬明細書 (レセプト)
- 3) Bの場合・・・診療報酬明細書 (レセプト) および 返還金領収書
- 4) C・Dの場合・・・ 医師の意見書(作製指示書)および 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
- 5) 「外傷性」による傷病の場合・・・「負傷原因届」(健保指定帳票)
- 6) 「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い≫

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。