

健康保険 被保険者・家族

療養費 支給申請書 (立替払等、治療用装具)

月末最終稼働日までに健保に到着した申請書 (原本) について
原則翌月に支給します。

書類に不備がある場合は、翌月に支給できない場合があります。

在職中の方は会社を経由してのご提出になりますので、すみやかにご提出ください。

健保使用欄		受付年月日	
受付	令和 年 月 分		
支払年月日	令和 年 月 日		

※訂正する場合は二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号	1	番号		被保険者 氏名	
	事業所名 および所属						
	被保険者 住所	〒					
	受診者 氏名	受診者が家族 (被扶養者) の場合は、続柄 (長男、二男等) をご記入ください。				※健保使用欄	
		<input type="checkbox"/> 本人			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	
		<input type="checkbox"/> 家族				<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
		[]				<input type="checkbox"/> 令和	
	傷病名						
	発病または 負傷年月日	令和	年	月	日	診療区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤
	発病・負傷 の原因			診療を 受けた期間	令和	年	月 日から
					令和	年	月 日まで
	診療の内容			診療または 治療用装具 の費用		円	※健保使用欄
	診療を 受けた 医療機関等	名称	医師氏名				
		所在地					
療養の給付 を受けること ができなかつ た理由	該当する理由にチェックしてください。 ●その他の場合は理由を記入してください。				必要な添付書類 (原本を提出) 領収書宛名は対象者フルネームを記載		
	<input type="checkbox"/> 保険証を持っていかなかったため					●小児治療用眼鏡の作成指示書は写しも可 ●靴型装具は写真添付も必要です。	
	<input type="checkbox"/> 誤って前の保険証を使用したため					→ 領収書、明細書 (点数の記載されたもの)	
	<input type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため (小児治療用眼鏡を含む)					→ 前健保に支払った領収書、診療報酬明細書 (開封厳禁)、通知書の写し	
	<input type="checkbox"/> その他 []					→ 領収書、明細書、製作指示装着証明書	
						→ 領収書、明細書 (点数の記載されたもの)	
第三者行為 (交通事故等) により負傷したものですか。 ※「はい」の場合は(株)オークスへお問い合わせください			<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	→ 第三者行為関係業務委託先 (株)オークス 連絡先: 0120-732-255			
労災 (工作中、通勤途中) により負傷したものですか。 ※「はい」の場合はご申請いただけません。			<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	→ 所属事業所の担当者へお問い合わせください。			
振込先 金融機関名	※事業所(会社)を退職して資格を喪失した方のみご記入ください。						
	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 農協			<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 出張所	
	<input type="checkbox"/> 金庫	<input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 支店	普通預金	
口座番号			口座名義				
			※カタカナで記入				

委 任 状	私は下記の事業主を代理人と定め、当該給付金の受領方を委任します。 ※事業所(会社)に在籍されている方のみご記入ください。事業所(会社)を退職されている方は記入不要。		令和 年 月 日
	被保険者 (申請者)	氏 名 (自署)	
	代理人 (事業主)	所 在 地 名 称 氏 名	
			※自署できない場合は捺印が必要です。