

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	123456	被保険者 氏名	住重 健太		
	事業所名 および所属	株式会社 住重健保 組合部							
	被保険者 住所	〒 141-xxxx 東京都品川区大崎x-x-x							
	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			
		住重 康子	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 { 妻 }	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	xx 年 xx 月 xx 日			
	傷病名	インフルエンザB型							
	発病または 負傷年月日	令和 6 年 4 月 00 日	診療区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤					
	発病・負傷 の原因	家族が罹患したため		診療を 受けた期間	令和 6 年 4 月 00 日から 令和 6 年 4 月 xx 日まで	# # 日間			
	診療の内容	迅速検査、薬剤処方		診療または 治療用装具 の費用	8,600 円	※健保使用欄			
	診療を 受けた 医療機関等	名称	〇〇〇〇クリニック			医師氏名	〇〇 〇〇		
	所在地	東京都品川区西品川x-x-x-x							
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 ●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 checked="" type="checkbox"/> 保険証を持っていかなかったため <input type="checkbox"/> 誤って前の保険証を使用したため <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) <input type="checkbox"/> その他 []				→ 領収書、明細書 (点数の記載されたもの) → 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 → 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 checked="" 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 checked="" 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。 事業所 (会社) を退職し、住重健保資格の資格を喪失した方のみご記入ください。 またこちらに該当する方は委任状欄は記入不要です。					振込先 口座番号	普通預金		
口座番号	※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。							
	被保険者 (申請者)	氏 名 (自署)	住重 健太			令和 6 年 5 月 xx 日	※自署できない場合は捺印が必要です。	
代理人 (事業主)	所 在 地 名 称 氏 名	代理人印 (事業所印) を押してください。						