住友重機械健康保険組合 理事長 殿

被保険者 → 事業所健保担当者 → 健保

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）

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	

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。

※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

被保険者等記号・番号	記号		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。 ☐ 本人 ☐ 家族 〔　　〕		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成　年　月　日 ☐ 令和	※健保使用欄
傷病名					
発病または負傷年月日	令和　年　月　日		診療区分	☐ 入院　☐ 外来　☐ 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　日間	
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った理由	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。		
	☐ 保険証を持っていかなかったため		→ 領収書、明細書（点数の記載されたもの）		
	☐ 誤って前の保険証を使用したため		→ 前健保に支払った領収書、診療報酬明細書(開封厳禁)、返還通知(写)		
	☐ 治療用装具を作成したため（小児治療用眼鏡を含む）		→ 領収書、明細書、製作指示装着証明書		
	☐ その他〔　　〕		→ 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㈱オークスへお問い合わせください	☐ いいえ　☐ はい　→		第三者行為関係業務委託先 ㈱オークス　連絡先：0120-732-255		
労災（仕事中、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。	☐ いいえ　☐ 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。 ☐ 銀行　☐ 農協 ☐ 金庫　☐ その他		☐ 本店　☐ 出張所 ☐ 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。		
被保険者（申請者）	氏　名（自署）	提出日　令和　年　月　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	