

被保険者(申請者)記入用①

健康保険 被保険者家族 療養費 支給申請書

被 保 険 者 情 報	事業所 記号		被保険者 整理番号		事業所名			
	(フリガナ) 氏名				生年月日	<input type="radio"/> 昭和 年 月 日	<input type="radio"/> 平成	
	住所	〒 - - - - - TEL - - - - -						
	診療 の 内容	本申請をもって下記の請求をします。						
		<input type="radio"/> 立替払い <input type="radio"/> 治療用装具 <input type="radio"/> 鍼灸 <input type="radio"/> 按摩・マッサージ						
	受領委任	<p>◎ 保険給付金受領は、事業所が定めた受領責任者になります。</p> <p>本申請に基づく保険給付金は、下記受領責任者に委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> 受領責任者氏名 印 </div>						

「被保険者(申請者)記入用②」に続きます。

社会保険労務士 記載欄		受付印
----------------	--	-----

被保険者(申請者)記入用②

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書

申請内容	(フリガナ) 請求者氏名				生年 月日	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年 月 日	続柄	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
	傷病名									
	発病又は 負傷年月日	<input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年 月 日	第三者行為によるものですか						
	発病又は負傷 の原因及び 経過概要									
	診療を受けた 医療機関等	名称				診療 医師名				
		住所								
	診療を受けた 期間	TEL - - -								
	療養費の給付を 受けることが できなかった理由	「立替払い」の場合			「治療用装具、鍼灸、按摩・マッサージ」の場合					
	<input type="checkbox"/> 別紙「顛末書」に経緯を記載			<input type="checkbox"/> 保険適用されていない為						

ここまでが「被保険者(申請者)記入用②」になります。

◎療養費の申請には次の添付書類が必要になります。

立替 払い	1. 顛末書 2. 診療報酬明細書 3. 領収書(原本)	鍼灸	1. 医師の同意書(はり・きゅう用) 2. (被保険者・被扶養者)施術明細書(はり・きゅう用) 3. 施術領収書(原本)
治療用 装具	1. 医師の指示書 2. 領収書(原本) 3. 領収書の明細(写し)	按摩・ マッサージ	1. 医師の同意書(あんま・マッサージ・指圧用) 2. (被保険者・被扶養者)施術明細書(あんま・マッサージ・指圧用) 3. 施術領収書(原本)

※ 傷病名が外傷性の場合は、このほかに「被保険者負傷原因理由書」の添付が必要です。

※ 「領収書」を医療助成等の請求で使用される場合は、☑をしてください。
原本証明の「領収書」写しを、支給通知書と一緒にお送りします。

