

療養費・第二家族療養費 付加金 支給申請書(請求領収書)

1-101  
1-201

被保険者	記号-番号	-	所属		フリガナ 被保険者氏名 (または請求者氏名)		標準報酬 月額	千円	
	被保険者現住所 (または請求者現住所)	〒 -							
受診した者	フリガナ 氏名		被保険者から 見た続柄		同意書 (従業員のみ)	保険給付金の受領を下記の者に委任します。 (この欄は給付金を給与に入れる為の同意欄です) 令和 年 月 日			
	受診した者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月		日	被保険者氏名 (または請求者氏名)		
	発病日・負傷日		令和	年		月	日	事業主印	
	治療用装具作成日 または受診日		令和	年		月	日		
	受診日(治療用装具の場合は作成日)の年齢		歳						
	傷病名		疾病分類						
	受診の原因				第三者行為に よるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	療養費の種別、 療養の給付を受 けることができな かった理由	<input type="checkbox"/> 1.治療用装具(コルセット、弱視等治療用眼鏡)等の作成 <input type="checkbox"/> 2.生血の輸血 <input type="checkbox"/> 3.前健保の資格喪失後受診 <input type="checkbox"/> 4.保険証不携帯(理由: ) <input type="checkbox"/> 5.その他 (理由: )							
	かかった費用	¥	外貨払いのとき 現地通貨金額	\$	レート	1 \$ =¥			
下記支給額正に領収しました。					被保険者氏名 (または請求者氏名)				

↓他の健保に加入している方は、振込先を記入

↓受領を代理人に委任される方に限り、委任状を記入

振込先 銀行名		銀行
		支店
口座 種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座 番号
フリガナ 名義人名		

委任状		
本請求額に基づく給付金に関する権限を代理人に委任致します。		
	令和	年 月 日
被保険者氏名 (または請求者氏名)		
代理人氏名		

↓以下は健保記入(申請者は記入しないでください)

健保記入欄			
実 費	×	=	①
健 保 標 準	×	×	①'
自己負担相当額	-	=	
高 額 療 養 費	-	=	②
付 加 給 付 額	-	=	③ 百円未満の端数は切捨 給付額千円未満時不支給

支出決定伺		
療養費	¥	①+②
療養付加金	¥	③
支給額	¥	①+②+③
決裁日		
執行日		
常務理事	事務長	担当

- \* この申請書に添付する書類
  - ・ 治療用装具等を作成したとき
    - ① 医師の意見書(同意書、作成指示書、装着証明書等)の原本
    - ② 領収書の原本(装具の内訳が記載されたもの)
  - ・ 生血の輸血を受けたとき
    - ① 輸血証明書の原本
    - ② 領収書の原本(明細が記載されたもの)
  - ・ 前健保を資格喪失後に受診していたとき
    - ① 前健保が発行した医療費返還の請求書類
    - ② 前健保が発行した医療費返還の領収書原本
    - ③ 診療報酬明細書が入った封筒(開封せず添付)
  - ・ 保険証不携帯のとき
    - ① 領収書の原本(明細が記載されたもの)
  - ・ 海外療養費のとき(詳細は健保にお尋ねください)
    - ① 診療内容明細書の原本+日本語訳
    - ② 領収書の原本(明細が記載されたもの)