

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)	
	被保険者現住所 (または請求者現住所)	〒 -			標準報酬月額	千円
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 被保険者氏名 (または請求者氏名) 事業主証明 事業主担当者	
	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
	発病日・負傷日	令和 年 月 日				
	治療用器具作成日 または受診日	令和 年 月 日				
	受診日(治療用器具の場合は作成日)の年齢		歳			
	傷病名		疾病分類			
受診の原因				労災・通災ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
				第三者行為ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
療養費の種類、 療養の給付を受け ることができ なかった理由	<input type="checkbox"/> 1.治療用器具(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。 <input type="checkbox"/> 上記の申請内容は請求者本人が記入し、真正であることを確認しています。 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 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

・ 治療用器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)