

健康保険(被保険者・家族)療養費 支給申請書

(被保険者が記入するところ)

被保険者証の		被保険者の氏名		ツガナ		印	
記号		番号					
被保険者の住所		TEL - -					
療養が被扶養者に関するときはその者の	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者との続柄	
傷病名			発病または負傷年月日	平成 令和	年 月 日		
発病または負傷の原因及びその経過	いつ・どこで・何をしています			第三者行為によるものですか	はい ・ いいえ		
診療を受けた病院等の	名称			診療した医師の氏名			
	所在地						
診療期間	平成 令和	年 月 日から	平成 令和	年 月 日まで	日間	診療に要した費用の額	
入院期間	平成 令和	年 月 日から	平成 令和	年 月 日まで	日間	円	
診療の内容							
療養の給付を受けることができなかった理由							
給付金の振込先(被保険者名義)	銀行	農協組合		普通	口座番号		
	信用金庫	労働金庫		当座			
	信用組合		支店	その他			

(事業主が証明するところ)

上記のとおり相違ないことを証明します。	
令和 年 月 日提出	
事業所の所在地 名称 事業主氏名	
印	
オークマ健康保険組合理事長 殿	

(添付書類)

1. 立替払い等による申請は、「診療内容(報酬)明細書」と「領収書」
2. コルセット、ギプス等の購入による申請は、「領収書」と「医師の意見書および装具装着証明書(医師による装具作成を必要と認めた証明と装具装着を確認した証明のあるもの)」
3. 海外で診療を受けた場合は、「領収明細書」と「診療内容明細書(日本語で訳したもの)」
4. 負傷原因が外傷の場合は、「負傷原因書」

(健保使用欄)

療養費の区別	①立替払い等	②治療用装具	③柔整・鍼灸	④海外療養費	⑤その他		
法定給付支給額			円	理事長	常務理事	事務長	担当者
健保受付年月日	入力年月日	支払年月日		備考			