

支給額
円

支給期間
自 年 月 日
日間 至 年 月 日

どちらかに○印をつけて下さい

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(第 回目)

被保険者証等 記号・番号	記号 11	番号 12345	被保険者 氏名	健保 太郎			
被扶養者の場合は その氏名	氏名	健保 一郎		生年 月日	平成 9 年 2 月 2 日	被保険者と の続柄	子
事業所(会社)の名 称	サンスター(株)		事業所の所 在地	(〒569-1022) 大阪府高槻市朝日町 3-1			
傷病名	急性気管支炎			発病または 負傷の年月日	令和 元 年 5 月 10 日		
発病または 負傷の原因	急な発熱、咳						
傷病の経過	良好						
診療又は手当を受 けた医療機関の名 称・所在地及び医師 の氏名	名称	〇〇クリニック		所在地 及び 電話番号	〒569-XXXX 大阪府高槻市●▲町 12-23		
診療又は 手当の内容	氏名	■■■ ××		入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日	月 日 月 日		
診療又は手当を受 けた期間	自 令和 元 年 5 月 10 日 至 令和 元 年 5 月 10 日 1 日間			装具装着し た費用の額	金 6,400 円也		
保険診療を受けら れなかった理由 (詳しく)	1. 治療上必要な装具を装着したため 2. 保険資格がわかるもの(健康保険証、マイナ保険証、資格確認書等)を持参しなかったため 3. 他健保の保険資格喪失後に受診したため、他健保に返還した医療費を申請するため 4. その他 ()						
第三者の行為によ る負傷であるとき	届出の有無 第三者の氏名 被害者の氏名 第三者行為に該当する場合のみ、記入ください。						
上記の通り申請します。 なお、在職者は所属する事業所を代理人と定め、請求した療養費の受領を委任することに同意します。 令和6 年 5 月 20 日 〒*** - **** 被保険者 住所 大阪府高槻市●●町 1-1 サンスター健康保険組合理事長 殿 氏名 健保 太郎							

退職者は振込先を記入してください。(社員の方は給与振込口座に、任意継続の方は給付口座に給付)

振込先	口座名義	フリガナ 氏名											
	郵便局	口座番号 (右詰め)											
	銀行	銀行名:	支店名:						口座番号:				
		区分: 普通・当座											

装具装着の場合の添付書類・・・①診断書又は医師の意見書(原本)
②装具の領収書(原本)
③靴型送付の場合は、写真

立替払の場合の添付書類・・・①領収書の原本(診療内容がわかる領収書の場合、②は不要)
②診療内容明細書又は医療機関等発行のレセプト原本

健保受付印