

支給額		円
支給期間 日間	自 年 月 日 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)

被保険者証の記号・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 花子	生年月日 昭和 49 年 3 月 3 日	被保険者との続柄 妻			
事業所の名称	サンスター技研㈱		事業所の所在地 (〒569-1022) 大阪府高槻市朝日町 3-1			
傷病名	右上腕骨折		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	自転車で走行中、バランスを崩し転倒					
傷病の経過	コルセット装着後、経過観察					
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 〇〇整形外科	所在地及び電話番号 〒569-XXXXXX 大阪府高槻市●▲町 12-34	氏名 ■ ■ × ×			
診療又は手当の内容	入院期間 自 年 月 日 コルセット装着 領収書の金額を記入下さい。 装具装着日 令和 元 年 5 月 10 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	診療又は手当に要した費用の額	金 34,400 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 <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: 0;">第三者行為に該当する場合のみ、記入ください。</div>					
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 元 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：								
	区分：普通・当座	口座番号：									

- 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

健保受付印

- 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