

療 養 費 支 給 申 請 書
第 二 家 族 療 養 費

受付日付印

事業主印

(国内療養費・立替金等)

医科(調剤)・歯科・はりきゅう・あんま

※対応するものに○を付す

被 保 険 者	健康保険証 記号番号	記号 番号 保険証の記号・番号をご確認下さい	事業所名称							
	所 属		連 絡 先	日中連絡可能な番号(所属先内線・携帯電話など)						
保 険 者	被保険者 氏 名	三 菱 太 郎								
	受診者 氏 名	三 菱 一 郎								
入 入 入	受診者 生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢	歳	続 柄		
	疾病または 負傷の原因	できるだけ詳しく書く 風邪をひき、発熱・咳が続いたため								
者 者 者	傷 病 名	急性肺炎		受診した 期間	自 平成27年 9月20日	入院・外来の別	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来			
	受診した 医療機関 の所在地・ 名称・TEL	所在地	〇〇県〇〇市△△1-1-1			診療費の額	10,000 円			
記 入 欄		名称	△△病院			診療内容	別紙診療明細書のとおり			
	療養の給付を 受けることが 出来なかった 理由	当健保の保険証を提示できなかった、やむを得ない理由等詳細を記入して下さい。(注3) はりきゅう・あんまマッサージ療養費については、施術を受けた経緯を記載してください。 例1) 旅行中で、保険証を携帯して いなかったため 例2) 加入手続き中だったため								
欄	添付書類 チェック欄	※全て原本でお願いします <input type="checkbox"/> ①診療(調剤)報酬明細書(レセプト) <input type="checkbox"/> ②領収書 <input type="checkbox"/> ③医師の同意書(注5) または、療養費支給申請書(はりきゅう用・あんま用) (はりきゅう・あんまのみ)								
	上記のとおり請求します。 支給金額の受領を事業主に委任します。(注3)	住所 〇〇県〇〇市××1-2-3			申請書作成日を記入	平成 27 年 10 月 1 日				
健 保 組 合 記 入 欄	請求額	療 養 費			支給決定 年月日	平成 年 月 日				
	食事療養費	(あんま・はりきゅうの療養費を請求する場合) 施術機関で、施術内容の詳細を記載したものを 交付してもらってください。			備考					
	査定額	円	高額療養費	円	被保険者資格得喪年月日					
	食事療養費	円	一部負担還元金	円	取得	昭和 平成	年	月	日	
	個人 負担分	30%	円	・ 家族療養付加金	円	喪失	平成	年	月	日
		20%	円	食事療養費	円	常務理事	事務長	主任	担当	
10%	円	支給額合計	円							
食事療養費	円									

- (注) 1. 毎月23日を受付締切日とし、必要事項を確認のうえ支給決定後、翌月事業所経由で振込します。
2. 第三者行為(交通事故等)により負傷した場合は第三者行為による傷病届を提出することが給付の条件となりますので、速やかにご提出ください。なお、ご提出いただけない場合は給付制限または不支給となる場合があります。
3. 療養費(第二家族療養費)の請求は、保険証を提示できなかったやむを得ない理由があるときに、自費扱い(全額自己負担)となった場合にのみに請求できます。
4. 提出された添付書類(コピー不可)は返却できません。あらかじめご了承ください。
5. 任意継続被保険者の方については、加入時に申請いただいた銀行口座へ振込みいたします。