

健 保 記 入 欄	取得	年 月 日	喪失	年 月 日	常務理事	事務長	担当	担当
	種 目	請 求	査 定	備 考				
		円	円					
	合 計							
	一部負担							

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
被扶養者

提出日 令和 年 月 日

2-1

① 被保険者証の 記号・番号					②氏名	(フリガナ)	
③ 被保険者の 住 所	〒 連絡先 (自宅又は携帯) - -						
④ 社員コード	⑤ 内 線		⑥ 事業所・所属				
⑦ 申請者が被扶養者である時は							
氏名	生年月日		昭和 平成 令和		年 月 日	被保険者 との続柄	
⑧ 傷 病 名							
⑨ 発病又は負傷 の原因	いつ： 令和 年 月 日					第三者による 負傷ですか	はい・いいえ
	どこで：					業務上による 負傷ですか	はい・いいえ
	何をしています：					通勤途上の 負傷ですか	はい・いいえ
	どのようにして 負傷（発病）したか：						
⑩ 療養を受けた 期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日			日間 (左の期間のうち入院期間) 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間			
⑪ 診療を受けた 医療機関の 名称・所在地 および医師の 氏名	名称				医師 氏名		
	所在地 および 電話番号	〒 ()					
⑫ 診 療 内 容							
療養の給付を受けることができなかった理由						⑬ 診療に要した費用の額	
						円	
⑰ 関係諸機関に照会することへの同意							
<p>三越伊勢丹健康保険組合 理事長殿</p> <p>私は、貴組合が療養費の支給について関係諸機関に照会することに同意いたします。</p> <p>なお、本書の写しも有効といたします。</p> <p align="right">令和 年 月 日</p> <p>氏名 _____</p> <p align="center">三越伊勢丹健康保険組合では、関係諸機関から得た情報を療養費支給の目的以外には利用いたしません。</p>							

⑱ 振込口座	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義 (カナ)
				1:普通 2:当座 3:その他	
⑲ 委任状	本請求に基づく支給金に関する受領を 令和 年 月 日				受付日付印
	に委任します。				
	被保険者 (請求者)	住所:			
		氏名:			
	代理人	住所:			
		氏名:			

03.02

【 添付書類 】

・ 保険証不携帯により全額自己負担の支払いをした場合

- 医療機関等に支払いをした領収書
- レセプト(診療報酬明細書)・・・病名の記載がある、医療機関より交付されたもの

・ 当健康保険組合の資格を取得した後に、前の保険証で医療機関を受診してしまった場合

- 前に加入していた保険者に支払いをした領収書
- レセプト(診療報酬明細書)のコピー

・ 生血液の輸血を受けた場合

- 生血代金領収書
- 医師の輸血証明書