

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 令和元 年 〇 月 × 日

2-1

① 被保険者証の記号・番号	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇〇〇	②氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ <b>健保 太郎</b>
③ 被保険者の住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 連絡先 (自宅又は携帯) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 <b>東京都新宿区新宿〇 - △ - □</b>		
④ 社員コード	〇〇〇〇〇〇〇〇	⑤ 内 線	〇〇 - 〇〇〇
⑥ 事業所・所属 <b>(株)三越伊勢丹</b>			
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	<b>急性気管支炎</b>		
⑨ 発病又は負傷の原因	いつ: <b>令和元年5月中頃</b>	第三者による負傷ですか	はい <b>いいえ</b>
	どこで: <b>不詳</b>	業務上による負傷ですか	はい <b>いいえ</b>
	何をしていた: <b>不詳</b>	通勤途上の負傷ですか	はい <b>いいえ</b>
	どのようにして <b>前日、外出した時に寒さを感じ体調が悪くなった。</b> 負傷(発病)したか: <b>薬の服用により快方に向かう。</b>		
⑩ 療養を受けた期間	自 令和元 年 5 月 ■ 日 至 令和 年 月 日 1 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 診療等を受けた医療機関の名称・所在地および医師の氏名	名称	<b>〇×医大附属病院</b>	
	所在地および電話番号	<b>東京都中央区××× ● - ▲ - ■ TEL 03 (■■■■) ■■■■</b>	
⑫ 診 療 内 容	<b>診療・検査及び投薬</b>		
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	
<b>保険証の不携帯により、医療費全額を支払ったため</b>		<b>〇〇,〇〇〇 円</b>	
⑭ 関係諸機関に照会することへの同意			
<b>三越伊勢丹健康保険組合 理事長殿</b> 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。 なお、本書の写しも有効といたします。 令和元 年 〇 月 × 日 氏名 <b>健保 太郎</b> 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。			

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)				
	□□□銀行	△△支店	1: 普通 2: 当座 3: その他	○○○○○○○○	ケンポ タロウ				
⑲ 委任状	<p>本請求に基づく支給金に関する受領を 令和 年 月 日</p> <p>に委任します。</p> <table border="1" data-bbox="395 398 1082 663"> <tr> <td data-bbox="395 398 542 488">被保険者 (請求者)</td> <td data-bbox="542 398 1082 488">住所: 氏名:</td> </tr> <tr> <td data-bbox="395 488 542 663">代理人</td> <td data-bbox="542 488 1082 663">住所: 氏名:</td> </tr> </table>				被保険者 (請求者)	住所: 氏名:	代理人	住所: 氏名:	<div data-bbox="1141 416 1407 640" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           受付日付印         </div>
被保険者 (請求者)	住所: 氏名:								
代理人	住所: 氏名:								

01.05

## 【 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