

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

家族

※ 下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。（任意継続は除く）

被保険者証等 記号と番号	記号 ○○	被保険者氏名 健 保 太 郎						
	番号 ○○○○							
事業所の名称	近畿日本鉄道株式会社 ○○○駅						赤字で記入している箇所を すべて記入してください。 (不明な箇所があれば 空白で結構です。)	
被保険者の 郵便番号と 現住所	〒 ○○○-○○○ ○○市○○○区○○○丁目○-○○ Tel (○○○) ○○○-○○○○							
療養を受けた対象者の 氏名等	(アガカ) 氏名	ケン ボ ハナ コ 健 保 花 子	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者 との続柄 妻	
傷病名および 傷病の経過	病名		発病の原因 (原因が不明の場合は不詳とご記入ください)			発病の年月日		
	右足首捻挫					平成・令和 年 月 日		
	ケガ		負傷(ケガ)は第三者の行為によるものですか はい (別途「負傷届：第三者行為用」を提出してください) ・ いいえ (下欄に記入してください)					
負傷(ケガ)の 原因・状況	(いつ) 平成 令和 1年 6月 10日	(どこで) ○○○百貨店	(何をしていたときか) ア 私用中 イ. 工作中 ウ. 通勤中 エ. その他 (負傷した原因) (子供を抱え歩いている際、階段で足を滑らせ負傷した)					
診療又は手当の期間	平成・令和 1年 6月 11日から	1 日間	コ(外)等を装着した場合は装着した年月日		平成・令和 年 月 日 装着			
診療又は手当を受けた 医療機関の名称等	名称 ○○○○整形外科		医師の氏名 ○○ ○○			診療等に要した金額		
	所在地 ○○市○○○区○○○町○○		6,000円					
療養の給付を受ける ことができなかった理由	ア 自費で受診 (国内・海外) イ. 治療用装具の装着 ウ. 他制度で受診		(やむを得ず健康保険被保険者証を使用できなかった理由) 自宅に保険証を保管していて、病院で提示出来なかった					
任意継続及び退職 者は振込を希望す る金融機関名と電 話番号と預金 口座番号	金融機関名		支店名					
	口座名義人 (カタカナ)		普・当 口座番号					
	口座名義人電話番号 ()		任意継続及び退職者の方は 振込先を記入してください。					

(注) ・ コルセット等装具装着の場合は、治療用装具製作指示装着証明書及び領収書を添付してください。
・ 自費または他制度で医療機関を受診した場合は、診療報酬明細書及び領収書を添付してください。

近畿日本鉄道健康保険組合理事長殿

本件支給決定してよろしいか			治療用装具、立替払等		¥ 支給
常務理事	事務長	係	令和		
			自 年 月 日 から		
			令和 日分		
			至 年 月 日 まで		