

療養費支給申請書

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

| | | | |
|---|---|----------------|--|
| 記号・番号 | XXXX - XXXXXX | 電話番号 日中の連絡先 | XXX-XXX-XXXX |
| 会社・事業所名 | 〇〇株式会社 〇〇事業所 | 部署名 | 〇〇部 〇〇課 |
| 被保険者氏名 | 健康 太郎 | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 Y年 M月 D日 |
| 受診者氏名 年齢 | 健康 花子 年齢 XX才 | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 Y年 M月 D日 |
| 傷病名 | 胃腸炎 | 発病又は負傷 の年月日 | <input type="checkbox"/> わからない場合は「不詳」と記入 Y年 M月 D日 |
| 診療内容 | 診療、薬の処方 など | | |
| 医療機関/調剤薬局名 | 〇〇病院 | | |
| 発病/負傷の原因 | 急な腹痛があり受診 | | |
| 傷病原因 (該当する回答に☑) | 他人の行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 通勤途上・業務中によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | | |
| 診療期間 | <input checked="" type="checkbox"/> 外来 Y年 M月 D日 ~ Y年 M月 D日 X日間 <input type="checkbox"/> 入院 | | |
| 支払った金額 | 1,234 円 | | |
| 申請の理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 緊急やむを得ず自費で受診したため <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 同意書 | | | |
| 療養費の支給決定を行うにあたり、古河電工健康保険組合が、医療機関等に対して照会を行い、回答・提供を受けること、また、医療機関等が、古河電工健康保険組合の照会に対して回答することに同意します。尚、本紙の写しも有効と認めます。 | | | |
| 受診者署名 <small>(受診者ご署名(未成年の場合は親権者が記入))</small> | 被保険者署名 <small>(被保険者ご署名)</small> | | |
| 同意書欄は署名が必要です → 健康 花子 | 同意書欄は署名が必要です → 健康 太郎 | | |
| 受診者住所 | 〇〇県〇〇市〇〇町 X-X-X | 署名日 | Y年 M月 D日 |
| 在職中の給付金支給に関する同意 | <input checked="" type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します。 <input type="checkbox"/> 退職後に請求する場合に記入 (任意継続者・記号9990は記入不要) | | |
| 金融機関コード | 退職後の請求、退職予定の方のみ口座を記入(任意継続被保険者を除く) 任意継続被保険者は、登録済の口座へ振込みます | | |
| 添付書類 | ゆうちょ銀行を指定した場合は通帳のコピー(店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ) ※ゆうちょ銀行の場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)及び振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入 | | |

| | | |
|--|--|----------------------------|
| 添付書類 | <input checked="" type="checkbox"/> 領収書(原本) | 申請前に必ず 確認してください |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 診療報酬明細書(レセプト)または 調剤報酬明細書(レセプト) 医療機関等で発行してもらえます | |
| 【注意事項】 ・領収書と一緒に受け取る「診療明細書」は不可です。 ・診療報酬明細書・調剤報酬明細書は開封せず封筒のまま提出してください。 ・領収書(原本)は返却できません。申請前にご自身でコピーを取ってください。 | | |

| | | | | |
|-------|-----|--|----------|------|
| 健保記入欄 | 支給額 | 支給日 | 令和 年 月 日 | 発信者印 |
| | 備考 | 負担割合 <input type="checkbox"/> 7割 <input type="checkbox"/> 8割 | | |