

# 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	<b>わからない場合は「不詳」と記入</b> → 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"/> 緊急やむを得ず受診し保険証を持っていなかったため <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	同意書欄は署名が必要です → 健康 花子	被保険者署名	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	<b>在職中の方はチェック</b> → <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。	
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	<b>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</b>		
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)	<b>申請前に必ず確認してください</b>
	<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		