

ご確認ください

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(第 回目)
(立替払い等、治療用装具)

立替払いの申請をする場合は個人ごと・医療機関ごと・診療月ごとに1枚の用紙に記入し、「診療報酬明細書」と「領収書(原本)」を添付してください。外傷の場合は別紙の「負傷原因届」、第三者行為による場合は別紙の「第三者行為による傷病届」を添付してください。

被保険者の記号・番号 50000 10000		事業所の名称 けんぽスタッフ (株)	所在地 東京都港区六本木8-1-1
被保険者(申請者)の氏名と印 派遣花子	生年月日 明治 大正 昭和 平成 50 04 05	電話番号 03-3456-7890	
被保険者(申請者)の住所 165-0022	(フリガナ) トウキョウト オオタク デンエンチョウフ 東京都大田区田園調布6-1-5		
療養が被扶養者に関するときは、その者の氏名	生年月日 大正 昭和 平成	被保険者との続柄	
傷病名 左側内側副靭帯損傷	療養を開始した日 18 12 10	発病又は負傷の原因およびその経過 平成 18 年 12 月 10 日 (日 曜日) 午前 午後 11 時頃 どこで スキー場で (何をしていた) 滑降中に転倒した。	第三者行為によるものですか? 0: いいえ 1: はい
診療を受けた病院等の名称 中野整形外科	所在地 東京都中野区荒井3-45-6	治療に要した費用の額 20,445 円	
診療の期間(支給期間) 自 18 年 12 月 1 日 至 18 年 12 月 1 日	日数 1 日	入院・入院外の別 0: 入院外 1: 入院	入院の場合左記の入院期間 自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日
治療の内容 下肢装具の装着	療養の給付を受けることができなかった理由 医療機関でない業者に装具製作を依頼した為		
支払金融機関の振込先(振込先)の預金種別 1: 普通 4: 貯蓄	ひまわり	銀行 田園調布	本店 支店
支店コード 321	口座番号 7654321	口座名義人 ハケン ハナコ	
振込先を被保険者名義以外の口座に希望する場合は、必ず下記受取代理人欄に記入・捺印のこと			
受取代理人の欄 被保険者(申請者)の氏名 代理人(フリガナ)の氏名と印		委任者と代理人との関係 平成 年 月 日	

任意継続被保険者の方は
名称:「任意継続」と記入
所在地:記入不要

1. 立替払い等	診療区分	診療日数	日間	0:国内 1:海外	平成 年 月 日提出
2. 治療用装具	治療用装具名	支給年月日	年 月 日	受付日付印	
3. 柔道整復術	施術回数	回	医師の同意期間	自 年 月 日 至 年 月 日	
4. はり・灸	施術回数	回			
5. 生血	輸血回数	回			
支給算出額	資格取得日	年 月 日	現存		
円	資格喪失日	年 月 日	喪失後		
	扶養認定日	年 月 日			

- 外傷の場合は、別紙の「負傷原因届」を添付してください。
- できるだけ詳しくご記入ください。
- 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を添付してください。
- 装具装着の指示を受けた医療機関名を記入の上、「医師の意見書(原本)」を添付してください。
- 装具購入に要した費用を記入の上、「費用の内訳のわかる領収書(原本)」を添付してください。
- 装具を装着した日を記入してください。
- 郵便口座への振込はしておりませんので、必ず銀行口座をご記入ください。
- 診療を受けたのが被扶養者であっても被保険者の口座を記入してください。
- 給付金の受取を代理人に委任する場合は、委任者と受取代理人それぞれの署名・捺印が必要です。