

被保険者

療養費支給申請書

被扶養者

被  
保  
険  
者  
の  
記  
入  
欄

|  |        |           |  |       |                |          |    |  |  |
|--|--------|-----------|--|-------|----------------|----------|----|--|--|
| 被保険者証記号番号                                  |        | 被保険者氏名    |  |       | 事業所の名称         |          |    |  |  |
| -  |        |           |  |       |                |          |    |  |  |
| 被保険者のマイナンバー記載欄<br>(被保険者証の記号番号を記入した場合は不用です) |        |           |  |       |                |          |    |  |  |
| 被扶養者に関する申請の場合                              | 被扶養者氏名 |           |  | 生年月日  |                | 被保険者との続柄 |    |  |  |
|  |        |           |  | 年 月 日 |                |          |    |  |  |
| 傷病名  |        | 発病又は負傷年月日 |  |       | 診療又は装具に要した費用の額 |          |    |  |  |
|  |        | 年 月 日     |  |       | 円              |          |    |  |  |
| 発病又は負傷原因及び<br>その経過                         |        |           |  |       |                |          |    |  |  |
| 療養の給付を受けることが<br>できなかった理由                   |        |           |  |       |                |          |    |  |  |
| 診療を受けた医療機関の所在<br>地、名称、並びに医師の氏名             |        |           |  |       |                |          |    |  |  |
| 診療の内容                                      |        |           |  |       | 診療を受けた期間       |          |    |  |  |
|  |        |           |  |       | 自 年 月 日        |          | 日間 |  |  |
|  |        |           |  |       | 至 年 月 日        |          |    |  |  |
| 上記により請求する。                                 |        | 請求者住所     |  |       |                |          |    |  |  |
| 年 月 日                                      |        | 氏名        |  |       |                |          |    |  |  |
| 日本触媒健康保険組合理事長殿                             |        | 電話番号      |  |       |                |          |    |  |  |

被  
保  
険  
者  
・  
事  
業  
主  
の  
記  
入  
欄

|  |  |
|--|--|
| 委 任 状  |  |
| 日本触媒健康保険組合より支給される給付金の受領に関する一切の権限を<br>下記の者に委任いたします。 |  |
| 年 月 日  |  |
| 被保険者住所   |  |
| 氏名   |  |
| 上記委任を受任いたします。                                      |  |
| 被委任者住所   |  |
| 氏名   |  |
| 日本触媒健康保険組合理事長殿                                     |  |
| 退職後の請求者には<br>直接銀行振込します。                            |  |
| 口座名義人 (カタカナ)                                       |  |
| 銀行   |  |
| 支店   |  |
| 普通 ・ 当座  |  |
| 口座番号   |  |

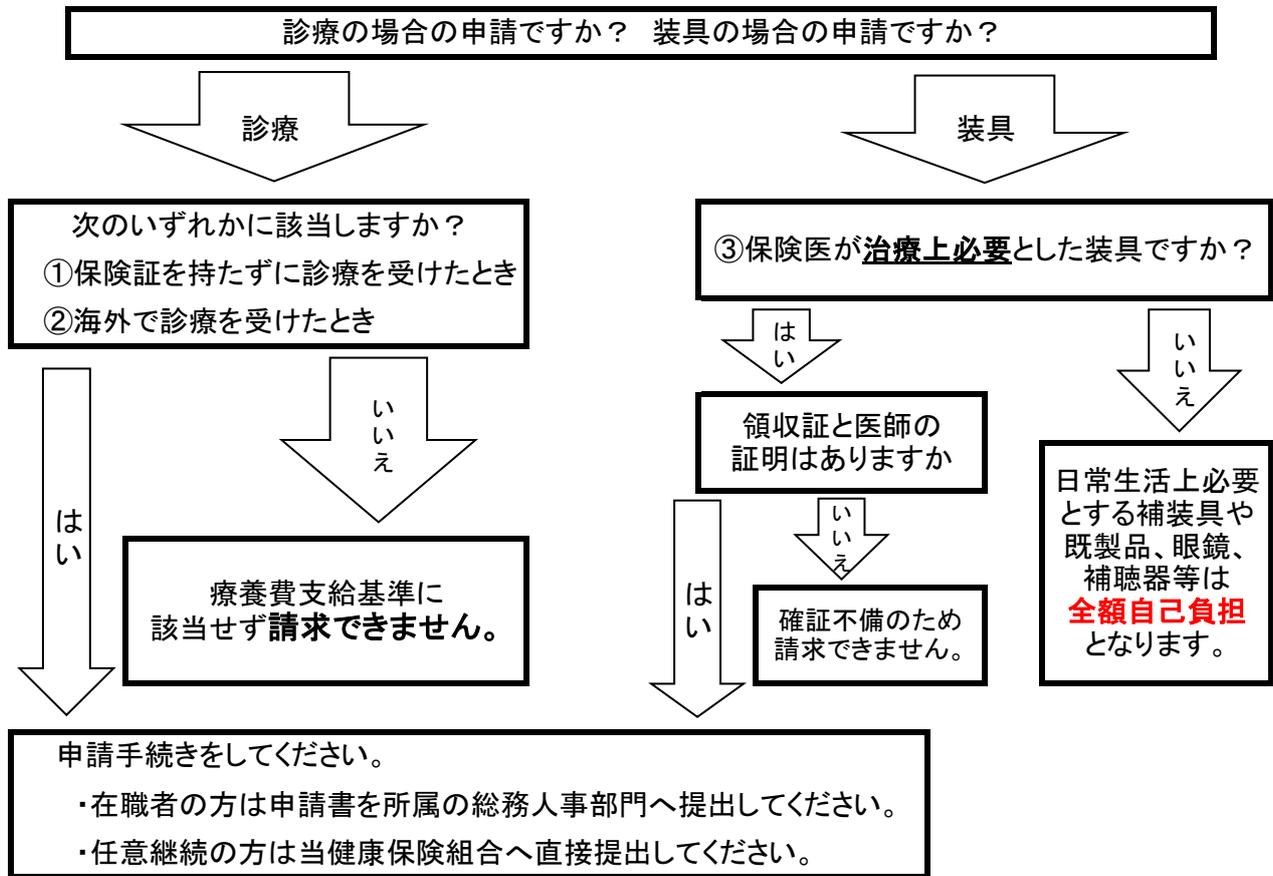
組  
合  
の  
記  
入  
欄

|        |       |     |   |       |
|--------|-------|-----|---|-------|
| 資格取得   | 資格喪失  |     |   | 支給決定  |
| 年 月 日  | 年 月 日 |     |   | 年 月 日 |
| 支給決定金額 | 常務理事  | 事務長 | 係 | 備 考   |
| 円      |       |     |   |       |

受付印

## 療養費を申請される方へ

1.下記の事項をよくお読みになって申請してください。



## 2.必要書類

- |          |   |
|----------|---|
| ①自費診療の場合 | 療養費支給申請書＋領収書＋診療(調剤)報酬明細書                          |
| ②海外診療の場合 | 療養費支給申請書＋領収書＋診療内容明細書(日本語訳添付)<br>＋渡航期間がわかるパスポートの写し |
| ③装具の場合   | 療養費支給申請書＋明細がわかる領収書＋医師の意見書・証明書                     |

## 3.注意事項

- ・添付書類は必ず原本を提出してください(コピー不可)。
- ・提出された書類は返却できません。
- ・申請書の締め切りは毎月25日健保着です。
- ・申請された療養費は当組合が受付をした翌月に支給しますが、健康保険法にもとづいた審査等のために日数がかかることがあります。
- ・第三者行為、通勤途上災害、労災での申請はできません。

支給の条件、支給額等についての詳細は健保ホームページをご確認ください。