

被保険者

療養費支給申請書

記入見本

被扶養者

被保険者の記入欄

被保険者・事業主の記入欄

組合の記入欄

被保険者証記号番号 1010 - 1234		被保険者氏名 健保 太郎		事業所の名称 日本触媒 大阪本社	
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不用です)				退職者、任意継続者は空白	
被扶養者に関する申請の場合		被扶養者氏名 健保 花子		生年月日 S 40年6月20日	被保険者との続柄 妻
療養費を申請する傷病名 右変形性膝関節症		発病又は負傷年月日 R 5年11月1日		医療機関や装具購入に支払った金額 15,000 円	
発病又は負傷原因及びその経過		不詳 (第三者行為によるものではない) 分かる範囲で記入。不明の場合は「不詳」			
療養の給付を受けることができなかった理由		装具装着のため 自費診療の場合は保険証不携帯の理由を記入。装具の場合は「装具装着」			
診療を受けた医療機関の所在地、名称、並びに医師の氏名		大阪府中央区 大阪中央病院			
診療の内容 治療用装具の装着 診療内容をわかる範囲で記入			診療を受けた期間 自 R 5年11月1日 至 R 5年11月10日 3日間		
上記により請求する。 年 月 日		請求者住所 大阪市北区〇〇		請求者は被保険者	
氏名 健保 太郎		電話番号 06-XXXX-XXXX			

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下記の者に委任いたします。	
R 5年12月10日	
被保険者住所	大阪市北区〇〇
氏名	健保 太郎
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	

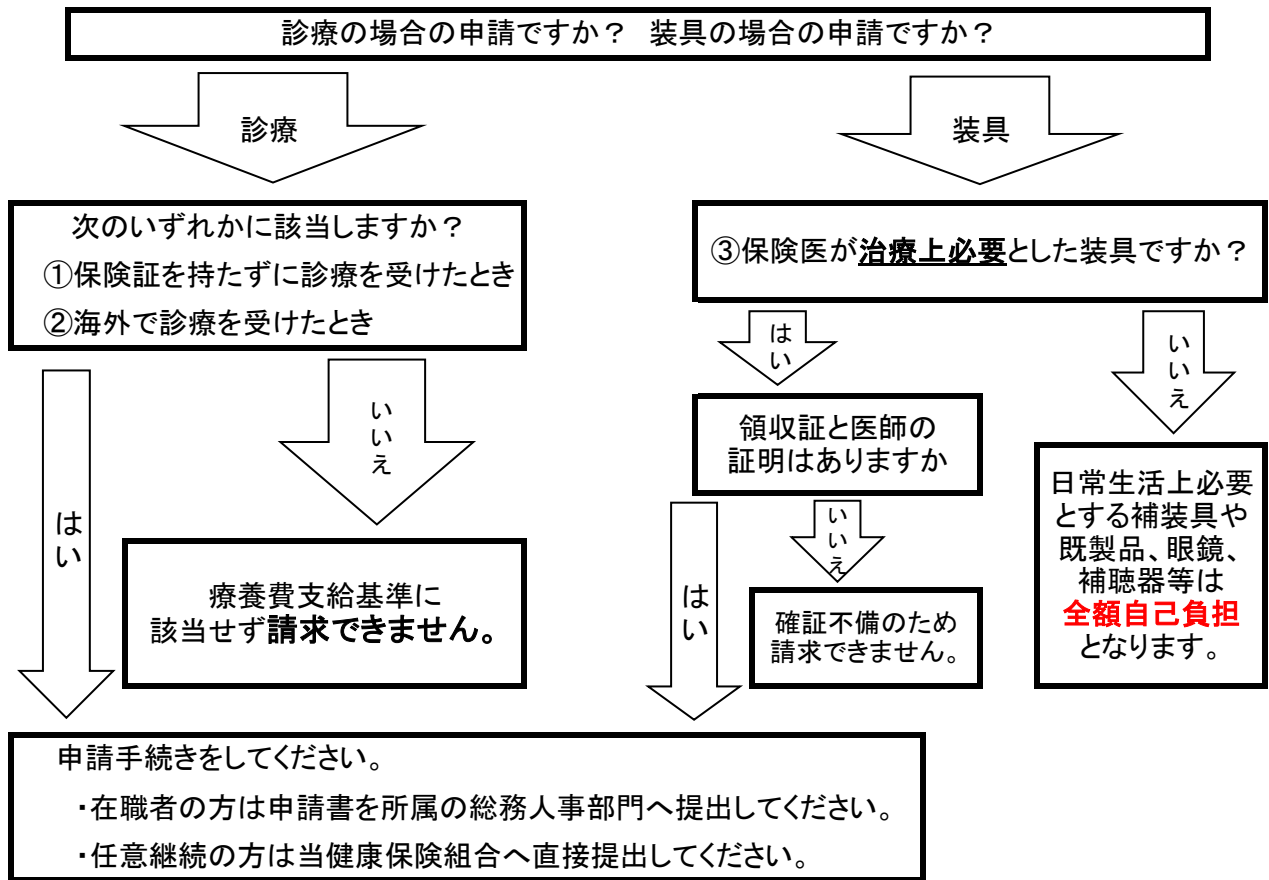
退職後の請求者には直接銀行振込します。
口座名義人 (カタカナ)
退職後の請求者のみ記入 在職中は不要 (給与振込み)
普通 ・ 当座 口座番号

資格取得	資格喪失			支給決定
年 月 日	年 月 日	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。