

⑤申請の際に今一度確認を//
書きもれ無いか

支給 決議 書	伺い年月日		年	月	日	支給 額							常務理事	
	資格	取得	年	月	日								事務長	
		喪失	年	月	日									
	費用の額	円	算定基礎					主任						
	一部負担金	円												
									担当者					

健康保険被保険者療養費支給申請書

[添付書類]

- ① 自費診療・立替払いの場合
○ 領収書
○ 診療内訳書(別紙)又は診療報酬明細書に診療内容を明記したもの
- ② 治療用装具の場合
○ 領収書
○ 医師の意見書および装具装着証明書(弾性着衣等および小児弱視等の治療用眼鏡等除く)
○ 弾性着衣等装着指示書
○ 眼鏡等作成指示書(小児弱視等の治療用眼鏡等に限り)
○ 装具の現物写真も方向(全体、上、横、背面)(格型装具に限る)
③ 傷病が第三者の行為によるものであるときは、「健康保険 第三者行為による傷病属」を添付してください。

① 被保険者の氏名	② 被保険者の住所		〒	TEL () -	
③ 被保険者の記号と番号	④ 事業所の名称				
⑤ 傷病名	⑥ 発病又は負傷の年月日		年	月	日
⑦ 発病又は負傷の原因					
⑧ 診療又は手術を受けた医師、歯科医師その他の者の住所と氏名					
⑨ 診療又は手当の内容					
⑩ 診療又は手当の期間		年 月 日から 年 月 日まで	日間	(治療用装具の場合 { 型取り 年 月 日 } (コルセット等) { 装着 年 月 日 })	
⑪ 傷病の経過			⑫ 診療又は手当に要した費用の額		円
⑬ マイナ保険証等で診療又は手当を受けることができなかった理由(できる限り詳しく記載のこと)					
⑭ 傷病が第三者の行為によるものであるときは、その事実並びに第三者の住所と氏名(住所又は氏名が不詳であるときはその旨)			(別紙届出のとおり)		

静岡県中部機械工業健康保険組合

受 領 委 任 の 欄	事業所名	
	本請求に基づく 給付金の受領を	氏名
		年 月 日
	被保険者 (委任者) 氏名	

に委任します。

受付日付印