

◎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 事務長 主任 担当者 |
| | 資格 | 取得 | | 年 月 日 | | | | | | |
| | | 喪失 | | 年 月 日 | | | | | | |
| | 費用の額 | 円 | 算 定 基 礎 | | | | | | | |
| | 一部負担金 | 円 | | | | | | | | |

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に限る)
 - 弾性着衣等装着指示書(小児弱視等の治療用眼鏡等に限る)
 - 眼鏡等作成指示書(小児弱視等の治療用眼鏡等に限る)
 - 装具の現物写真4方向(全体、上、横、靴底)(靴型装具に限る)
- 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届」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 被保険者証の記号と番号 | 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 | 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 被保険者証で診療又は手当を受けることができなかった理由(できるだけ詳しく記載のこと) | | | | |
| 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 | 本請求に基づく 給付金の受領を | 事業所名 氏名 | に委任します。 |
| | | 年 月 日 | |
| | 被保険者 (委任者) | 氏名 | |

受付日付印