

支給額		円	
支給期間	自	年	月
日間	至	年	月

どちらかに○印をつけて下さい

--	--	--	--

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(第 回目)

被保険者証の 記号・番号	記号 11	番号 12345	被保険者 氏名	健保 太郎			
被扶養者の場合 はその氏名	氏名	健保 一郎		生年月日	平成 9 年 2 月 2 日	被保険者 との続柄	子
事業所の名称	サンスター(株)		事業所の 所在地	(〒569-1022) 大阪府高槻市朝日町 3 - 1			
傷病名	急性気管支炎		発病または 負傷の年月日	令和 元 年 5 月 10 日			
発病または 負傷の原因	急な発熱、咳						
傷病の経過	良好						
診療又は手当を 受けた医療機関 の名称・所在地 及び医師の氏名	名称	〇〇クリニック		所在地 及び 電話番号	〒569-×××× 大阪府高槻市●▲町 12-23		
	氏名	■■■ ××					
診療又は 手当の内容	診療、注射			入院期間	自	年	月
				装具装着日		年	月
診療又は手当を 受けた期間	自	令和 元 年 5 月 10 日	診療又は手当に 要した費用の額	金	6,400	円也	
	至	令和 元 年 5 月 10 日 1 日間					
保険診療を受け られなかった 理由(詳しく)	1. 治療上必要な装具を装着した。 ② 保険証を保険医療機関の窓口に出すことができなかったために、療養給付が受けられなかった。 提出できなかった理由 () 3. その他 ()						
第三者の行為によ る負傷であるとき	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 第三者行為に該当する場合のみ、記入ください。 </div>						
上記の通り申請します。 なお、在職者は所属する事業所を代理人と定め、請求した療養費の受領を委任することに同意します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>令和 元 年 5 月 20 日</p> <p>サンスター健康保険組合理事長 殿</p> </div> <div> <p>〒*** - ****</p> <p>被保険者 住所 大阪府高槻市●●町 1-1</p> <p>氏名 健保 太郎</p> </div> </div>							

退職者は振込先を記入してください。(社員の方は給与振込口座に、任意継続の方は給付口座に給付)

振込先	口座名義	フリガナ 氏名					
	郵便局	口座番号 (右詰め)	1		0	-	
	銀行	銀行名:				支店名:	
		区分: 普通・当座				口座番号:	

立替払の場合の添付書類・・・①領収書の原本(診療内容がわかる領収書の場合、②は不要)
 ②診療内容明細書又は医療機関等発行のレセプト原本
 装具装着の場合の添付書類・・・①診断書又は医師の意見書(原本) ②装具の領収書(原本)
 ③靴型送付の場合は、写真