

常務理事	事務長	係員

被 保 険 者 療 養 費 支 給 申 請 書

(第 回目)

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号			被 保 険 者 が 勤 務 する (し て い た) 事 業 所 名 称		
傷 病 名			発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	年	月 日
発 病 又 は 負 傷 の 原 因					
傷 病 の 経 過					
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			所 在 地 及 電 話 番 号	〒
	氏 名				
診 療 又 は 手 当 の 内 容	入 院 期 間		自	年	月 日
			至	年	月 日
		コ ル セ ッ ト 装 着 日		年	月 日
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 期 間	自	年	月 日	日 間	診 療 又 は 手 当 に 要 し た 費 用 の 額
					円
第 三 者 の 行 為 に よ る 負 傷 で あ る 事 実 と 届 出 の 有 無	加 害 者 の 氏 名				
	加 害 者 の 住 所		〒		
被 扶 養 者 に 関 す る 申 請 の と き	氏 名	生 年 月 日	昭 平 令	年	月 日
				被 保 険 者 と の 続 柄	
振 込 希 望 の 銀 行	給 与 口 座 へ 振 込 み ます (給 与 口 座 が な い 場 合		銀 行	支 店	普 通 NO)
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住所</p> <p>被保険者の</p> <p>氏名</p> <p>日本工営健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>					

【添付書類】

保険証を提出することができず自費で診療を受けたとき

- ①診療報酬明細書(レセプト)の原本【開封厳禁】 ②領収書の原本

国民健康保険など他の保険者の保険証を使用し医療費の返還を行ったとき

- ①診療報酬明細書(レセプト)の写し【開封厳禁】 ②医療費を返還した際の領収書の原本

治療用装具(コルセット)

- ①保険医の意見書の原本 ②領収書と明細書(内訳書)の原本 ③装具の現物写真

小児弱視等の治療用眼鏡等

- ①保険医の作成指示書及び検査結果の原本 ②領収書の原本

四肢リンパ浮腫治療のための弾性着衣等

- ①保険医の装着指示書の原本 ②領収書と明細書(内訳書)の原本

生血

- ①輸血証明書の原本 ②領収書の原本