

療 養 費 請 求 書 (第 回)

第 二 家 族 療 養 費

令和 年 月 日

スズキ健康保険組合理事長 殿

下記の通り領収書・同意書等を添え請求します。

	事業所の名称	
	所 属	
被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号番号	* —
	被保険者の 氏名と印	㊞
	資格取得 年月日	昭・平 年 月 日 ・令
	発病又は 負傷年月日	資格喪失 年月日
	発病又は 負傷の原因	傷 病 名
	診療(手当)を 受けた病院又 は診療所の名 称及び所在地	傷病の経過
	療養の給付 を受けること ができなかつた理由	所在地
	傷病原因が 第三者行為 による場合は その事実	名 称
	申請が被扶 養者の場合は その氏名	療養の給付を受けること ができなかつた理由
	診療(手当) の 内 容	傷病原因が 第三者行為 による場合は その事実
診療(手当) の 期 間	第三者の(不詳の場合はその旨) 住所 氏名	
診療(手当)に 要した費用	生 年 月 日 昭 和 年 月 日 平 成 年 月 日 令 和	続 柄
	治療用装具 (コルセット等) の 場 合	型取り 年 月 日 装 着 年 月 日
	左記について 外貨払の場合	入院中の装着・通院中の装着
		通貨名
		支払額
支 給 決 定 伺	支 給 期 間	自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日
	支 給 金 額	支 給 伺
		支 給 日
	担 当	令和 年 月 日 令和 年 月 日 課 長 事務長 常務理事

記入事項を訂正される際は、二重線で抹消し正しい内容を記入してください。押印の省略可能ですが、記入内容誤りが判明した場合は書類をお返しし訂正していただきます。㊞2ヶ所に押印いただいた場合は健保での訂正・補記が可能です。

(注意事項)

(1) 自費診療の場合、添えなければならないもの

① 医療機関等に支払った「領収書」原本 ② 「診療報酬領収(請求)明細書」原本

「診療報酬領収(請求)明細書」は、医療機関等へ依頼してください。「領収書」と同時発行の「領収明細書」ではありません。

病名が記載されているため、開封厳禁で発行されます。

(2) 治療用装具・弱視治療用眼鏡・弾性着衣等、輸血、はり、灸、マッサージ等の場合、添えなければならないもの

① 業者に支払った「領収書」原本 ② 必用と認めた医師の「意見書・同意書」原本

③ 「器具製作確認書」 ④ 治療用装具の「写真」 ※④は靴型装具のみ

この他、治療用装具の場合、次の二点が追加が必要です。

委任状	上記の受領を 委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名	に
-----	--	---

※給付金の支払いは、健保に登録されている口座への振り込みとなります。解約された方・登録されていない方は、裏面に被保険者名義の口座を記載してください。

【備考欄】「被保険者証記号番号」*にかわりマイナンバーを記載することも可能です。但し、マイナンバーを記載した場合、本人確認書類が必要です。またマイナンバーには保護シールを貼り、レターパックプラス等で送付願います。