

添付書類をご確認下さい。  
ご提出いただいた書類は原則お返しできません。必要な書類は事前にコピーを取ってから送付願います。

# 療養費 請求書 (第 1 回)

装具作成の場合

令和 4 年 11 月 1 日

下記の通り領収書・同意書等を添え請求します。

### (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 「装具作製確認書」  
④ 治療用装具の「写真」※④は靴型装具のみ

事業所の名称		スズキ㈱		
所属		〇〇		
被保険者証記号番号	* 1 - 43XXX	被保険者の住所・電話	〒432-8062 Tel.053-445-XXXX 浜松市南区増楽町 XXX	
被保険者の氏名と印	健保 太郎 (印)	資格喪失年月日	平・令 年 月 日 (印)	
資格取得年月日	昭・平 15 年 4 月 1 日	傷病名	右足関節捻挫	
発病又は負傷年月日	R4 年 9 月 29 日	傷病の経過	治療中	
発病又は負傷の原因	サッカー一部部活中 単独転倒	同じ印鑑で押印をお願いします。 欄外が捨印の扱いとなります。記入漏れ・記入誤りは健保にて訂正し、支給手続きを進めさせていただきます。		
診療(手当)を受けた病院又は診療所の名称及び所在地	所在地 浜松市南区高塚町 XXX 名称 XXX 整形外科			
療養の給付を受けることができなかった理由	業者に装具製作を依頼したため			
傷病原因が第三者行為による場合はその事実	事実	第三者の(不詳の場合はその旨) 住所 氏名		
申請が被扶養者の場合はその氏名	健保 一郎	生年月日	昭和 平成 20 年 4 月 2 日 令和 続柄 子	
診療(手当)の内容	短下肢装具 軟性	治療用装具(コルセット等)の場合	型取り 年 月 日 装着 R4 年 9 月 30 日 入院中の装着・通院中の装着	
診療(手当)の期間	平・令 4 年 9 月 30 日 日間 平・令 年 月 日	左記について外貨払の場合	通貨名 支払額	
診療(手当)に要した費用	7,579 円			
支給決定日	支給期間	自 令和 年 月 日 日間	支給日	令和 年 月 日
		至 令和 年 月 日	担当	課長 事務長 常務理事
支給金額	円			

押印は省略できません。訂正箇所は、訂正箇所を記入し、訂正箇所を記入してください。訂正箇所を記入してください。

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
-----	--

※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。

# 療 養 費 請 求 書 ( 第 1 回 )

## 第 二 家 族 療 養 費

自費診療(10割負担)の場合

令和 4 年 11 月 1 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	スズキ㈱
--------	------

**(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  
 「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) 治療用器具・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 治療用器具の「写真」※④は靴型器具のみ  
 この他、治療用器具の場合、次の二点が追加が必要です。③「器具製作確認書」

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号番号	* 1 - 43XXX	事業所 の名称	スズキ㈱		
	被保険者の 氏名と印	健保 太郎 <span style="float: right;">印</span>	所 属	〇〇		
	資格取得 年月日	昭・平 ・令 15年 4月 1日	被保険者の 住所・電話	〒432-8062 Tel.053-445-XXXX 浜松市南区増楽町 XXX		
	発病又は 負傷年月日	R4年 8月 15日	資格喪失 年月日	平・令 年 月 日 <span style="float: right;">印</span>		
	発病又は 負傷の原因	旅行中発熱	傷病名	急性上気道炎 急性気管支炎		
	診療(手当)を 受けた病院又 は診療所の名 称及び所在地	所在地 沖縄県那覇市 XXX 名 称 ××医院	傷病の経過	完治		
	療養の給付 を受けること ができなかつた理由	旅行中で保険証を持参していなかったため				
	傷病原因が 第三者行為 による場合は その事実	事実	第三者の(不詳の場合はその旨) 住所 氏名			
	申請が被扶 養者の場合は その氏名		生 年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和	年 月 日	続 柄

支給決定 伺	支給期間	自 令和 年 月 日 日間	支給伺	令和 年 月 日		
		至 令和 年 月 日 日間	支給日	令和 年 月 日		
	支給金額	円	担 当	課 長	事務長	常務理事

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
-----	--

※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。