

日立健康保険組合 御中

健康保険 療養費請求書(立替払い・治療用装具等)

※太枠線内をご記入ください。(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

被 保 険 者 記 入 欄	提出日	令和 年 月 日	備考			
	被保険者等 記号・番号	記号	番号		被保険者 氏名	(フリガナ)
		事業所 (会社)名称		従業員番号		所属・電話
	対象者氏名	生年月日		昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄
	傷病名	発病または 負傷した日		平成・令和 年 月 日 (頃)		
	傷病または 負傷の原因	診療または 装具等の内容 (いづれかに✓)		<input type="checkbox"/> 診療・投薬 <input type="checkbox"/> 治療用装具等の装着		
	受診した 医療機関 薬局等	住所				
		名称	(医師または薬剤師氏名)			
	診療を 受けた期間	令和 年 月 日 から	日間	入院期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで
	診療または 装具等に 要した費用	円	治療用装具等 領収日	令和 年 月 日		
	傷病の経過 (いづれかに✓)	<input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	療養の給付を 受けることが できなかった 理由 (いづれかに✓)	<input type="checkbox"/> 加入手続き中のため <input type="checkbox"/> マイナ保険証等を携帯していないときに急病でやむを得ず医療機関にかかったため <input type="checkbox"/> 治療上必要な装具等の作成業者が医療機関でなく保険給付が受けられないため <input type="checkbox"/> その他 ()				
	第三者の行為によって負傷したものであるか、ないかの別	有 ・ 無				
	給付金の振込みについて 【従業員】 事業所経由を選択している事業所の方:委任状に基づき事業所へ振込みます → 委任状欄にご署名ください 個人払いを選択している事業所の方:健保組合に届出されている口座へ振込みます 【任意継続者・特例退職者】 健保組合に届出されている口座へ振込みます					
	委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業所に委任します 令和 年 月 日 被保険者氏名: _____				

事業所コード	本請求書は、下記の場合に申請できます。 ・加入手続き中に医療機関で受診したとき ・マイナ保険証等を携帯せずに急病でやむをえず医療機関を受診したとき ・他の健康保険から医療費の請求を受け、返還を行ったとき ・医師の指示で治療用装具、治療用眼鏡(9歳未満)を装着し、費用を全額立替したとき	受付日付印
事業所担当者		インプット
年 月 日 氏名		

支給決定伺

支給決定額 <input type="checkbox"/> 高齢2 <input type="checkbox"/> 未就学	法定	円	常務理事	事務長	主任	担当
	付加	円				
同年月日	令和 年 月 日	資格取得日	年 月 日			
決裁年月日	令和 年 月 日	資格喪失日	年 月 日			
支払年月日	令和 年 月 日	扶養認定日	年 月 日			