

| | | | | | |
|------------------------|---------|----------|---|---|---|
| 健康 保 記 入 欄 | 資格取得日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 転入日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 喪失日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 被扶養者認定日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 |

| | | | |
|------|----|----|----|
| 常務理事 | 部長 | 課長 | 係長 |
| | | | |
| | | 担当 | 担当 |
| | | | |

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
被扶養者 (立替払等用)

大阪府信用金庫健康保険組合 理事長 殿

提出日 令和 年 月 日

| | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------|--|---|---|--|--|
| 申請書はもれなくご記入下さい。記入漏れ・不備等で請求書を返戻する事があります。 | 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者の記号・番号 (右づめ) | 被保険者 氏名 | (フリガナ) | | | |
| | | | | 本申請書の療養に要した費用に関して療養費の支給を申請し、給付金の受領を事業主に委任します (自署) | | | |
| | | 被保険者の生年月日 | 年 月 日 | 年 齢 | 被 保 険 者 の 住 所 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 昭和 | 年 月 日 | 歳 | 〒 - | | |
| | | <input type="checkbox"/> 平成 | | | 日中の連絡先 () | | |
| | | 療養が被扶養者 に関するときは、 その方の | (フリガナ) 氏 名 | 生 年 月 日 | 年 齢 | 被 保 険 者 と の 続 柄 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | 歳 | |
| | | 傷 病 名 | | 発症又は負傷年月日 (療養開始日) | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 頃 | |
| | | 発症・負傷の 原因及び経過 | | 仕事中・通勤中の負傷ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | | |
| | | 診療を 受けた | 病院等の 名称 所在地 調剤薬局 等の名称 所在地 | | 診療に 要した | 病院等での診療費用の額 円 調剤薬局等での調剤費用の額 円 | |
| 診療の期間 (支給期間) | 自 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 至 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | 日 数 | 入院外 入院の別 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 入院 | 備 考 | | | |
| 診療の内容 | | | 療養の給付を受けることが出来なかった(立替払となった)理由。 | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------|--------------|---------|-------|-----|-----|
| 健 保 記 入 欄 | 療養費の別 | 1. 立替払等 | 療養の原因 | | |
| | | 2. 生 血 | 輸血回数 | 回 | |
| | 支 給 算 出 額 | 給付の割合 | | 計 算 | 決定額 |
| | | 1. 未就学児 | 8 割 | | 円 |
| 2. 7歳~69歳 | | 7 割 | | | |
| 3. 70歳~74歳 | 7割・8割・9割 | | | | |

※ 添付資料 ◎ 立替払等 ... ①領収書 (原本)

②医療機関等発行の診療報酬明細書 (レセプト)

※裏面の診療・調剤(領収) 明細書に診療内容、点数、金額等を医療機関等に記入・証明してもらい提出も可

※領収書のみは不可。病名記載のない診療明細書は不可。

◎ 生 血 ... ①輸血を必要とする医師の意見書 (原本)

②血液代金の領収書 (原本)

受付印