

被保険者  
被扶養者

# 療 養 費 支 給 申 請 書

受付No.

—

被 保 険 者	社員番号			フリガナ			
	被保険者証	記号		被保険者氏名	(印)		
		番号		生年月日	昭和・平成	年	月 日
保 険 者	資格取得日	昭・平・令 年 月 日		資格喪失日	平成・令和 年 月 日		
	療養が被扶養者のときはその者の氏名		続柄		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
除 者	傷病名			発病または負傷年月日	平成・令和 年 月 日		
	発病または負傷の原因およびその経過			第三者行為によるものか	はい・いいえ		
記 入 欄	診療を受けた医療機関	名称					
		住所	TEL				
入 欄	診療を受けた期間	平成・令和 年 月 日から	日間	装具装着日	平成・令和 年 月 日		
		平成・令和 年 月 日まで					
入 欄	入院・外来の別 (該当に○)	入院 ・ 外来		治療に要した費用の額	円		
	申請理由 添付書類	<input type="checkbox"/> 保険証を持たずに受診した等、医療費の全額（10割）を自己負担した場合 ◎領収書（原本） ◎医療機関発行の「診療報酬明細書（レプト）」 ※領収書と一緒に発行される「診療明細書」は添付不可 （傷病名等の記載がなく、詳細を確認できないため）					
		<input type="checkbox"/> 保険診療扱いとなっていない療養のため（治療用装具・治療用眼鏡等の作成） ◎医師の作成指示書 ◎領収書と明細書（原本） ◎靴型装具の写真 ※靴型装具の写真の詳細については、ホームページをご参照ください。 <a href="http://www.shiseidokenpo.or.jp/member/application/refund_b.html">http://www.shiseidokenpo.or.jp/member/application/refund_b.html</a>					
<input type="checkbox"/> 保険診療扱いとなっていない療養のため（はり・灸・マッサージ） ◎診療明細書と医師の施術同意書と領収書（原本）							
在職者の方	委 任 状			上記給付金の受領を下記事業主に委任します。 令和 年 月 日			
退 職 者 の 方	振込先	銀行・信用金庫・農協			支店・出張所		
		普通・当座	口座番号				
		口座名義人		(フリガナ)			
事 業 主 記 入 欄	上記請求者より委任を受けた給付金は、当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ支給します。 令和 年 月 日				受 付 印		
	所在地						
	事業所名 事業主名 (印)						

備考欄

【資生堂健康保険組合】202004