

りそな健康保険組合 御中

- 本人(被保険者)
- 家族(被扶養者)

療養費支給申請書

(鍼灸・あ)

施術所が発行するものです。
同じ名称ですが、本書式ではありませんので
ご注意ください。

【添付書類】(全て原本を添付してください。)

- ・ 施術所が発行する「療養費支給申請書」(本書式ではありません)
- ・ 施術についての医師の同意書、領収書

| | | | | | | |
|------------|---|----------------------|-----------------|---|------------------|---|
| 被保険者証 | 記号 | 4010 | (フリガナ) | リソナ タロウ | |  |
| | 番号 | 12345 | 被保険者名 (申請者名) | りそな 太郎 | | |
| 事業所の名称 | りそな銀行 | | 銀行(又は会社名) | (Tel | 06-1234-5678) | |
| | 大阪営業部 | | 支店(部) | 内線 1234 | | |
| 療養を受けた方 | 氏名 | りそな 太郎 | | 被との続 保険者柄 | 本人 | |
| | | (1970 年 1 月 23 日生) | | | 「子」の場合は長男、次男等を記入 | |
| 傷病名 | <div style="border: 1px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">わかる範囲で記入してください。</div> | | | | | |
| 傷病の原因と経過 | 交通事故、喧嘩等(第三者の行為)、または業務上による傷病ですか。 (はい ・ いいえ) | | | | | |
| 診療を受けた医療機関 | 名称 | りそな総合病院 | | | 担当医 | 埼玉 一郎 |
| | 所在地 | 大阪市中央区備後町2丁目2番1号 | | | | |
| 診療の内容 | 診察、検査、投薬 等 | | 診療期間 | 2019 年 1 月 10 日より 3 日間 2019 年 1 月 25 日まで | | |
| 診療に要した費用の額 | 12,000 円 | | | | | |
| 備考欄 | <div style="border: 1px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">施術所別、月別に1枚作成してください。</div> | | | | | |

- 診療費用の支払日から2年を経過した場合、療養費は支給できません。
- 各月毎、各施術所毎に申請書が必要です。
- 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

【健保使用欄】

| | | |
|------|----|---|
| 常務理事 | 検印 | 係 |
| | | |

| | | |
|--------|---------|--------------------|
| 支給決定日 | | |
| 支給期間 | | 年 月 日より 年 月 日まで |
| 支給決定額 | | 円 |
| 内 訳 | 療養費 | 円 |
| | 高額療養費 | 円 |
| | 還元金・付加金 | 円 |