※この欄は記入しないこと

常務理事	業務部長	担当者	支給期間	年月日起案
			自　年　月　日 至　年　月　日　日間	支給決定金額

資格関係	備考
年　月　日 取得 年　月　日 喪失	

所属事業所担当者	

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書

◎診療等の費用に関する証明書類が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名・住所等を記載したもの）を添付してください。

被保険者が記入するところ

① 被保険者証の記号番号	―	② 事業所名称	
③ 診療等を受けた者	氏名	④ 生年月日（続柄）	年　月　日（　）
⑤ 傷病名		⑥ 直接の傷病原因 □ 交通事故・労働災害・通勤災害　□ その他 その他の場合は ⑧原因 を記入	
⑦ 発病または負傷年月日	年　月　日 □午前・□午後　時　分頃 □ 不詳	⑧ 原因（どこで・どのように ※原因が特定できない場合は不詳と記入）	
⑨ 診療等を受けた期間	自　年　月　日 至　年　月　日　日間 □ 通院・□ 入院	⑩ 診療等に要した金額	円
⑪ 医療機関又は薬局	名称 所在地 医師又は薬剤師の氏名		
⑫ 健康保険で受けることができなかった理由			

上記について健康保険 被保険者 被扶養者 療養費を請求します。

年　月　日

〒　―

被保険者（申請者）　住所

氏名

電話　（　　）

電線工業健康保険組合理事長　殿

振込先指定口座

金融機関名	□ 銀行 □ 信金 □ 信組 □ 農協	□ 本店 □ 支店 □ 出張所	預金の種類 □ 1. 普通 □ 2. 当座
口座名義（カタカナで記入）		口座番号	左づめ

委任状

わたくしは、（　　）を代理人と定め、上記請求した給付金の受領方を委任します。

委任者　住所

氏名

代理人　住所

氏名

※委任状欄は、この給付金の受け取りを 代理人（事業主）に委任する場合のみ記入してください。

※口座名義人は被保険者（申請者）を記入してください。

※この「診療（領収）明細書」は医療機関等に記入いただく書類です。
　別途、診療報酬明細書と領収書を添付するときは、この明細書の記入は不要です。

≪ 診 療（領収）明 細 書 ≫

患　者　氏　名			年　・月　日生
傷　病　名		診 療 期 間	年　月　日から 年　月　日まで　診療実日数　日

療 養 に 要 し た 費 用 の 内 訳

診 療 の 内 訳			点 ・ 円	薬名・使用量等の明細
初　診	時間外・休日・深夜	回		
再　診		回		
	外来管理加算	回		
	時間外・休日・深夜	回		
医学管理				
在　宅	往　診	回		
投　薬	内服薬剤	単位		
	内服調剤 ×	回		
	頓服薬剤	単位		
	外用薬剤	単位		
	外用調剤 ×	回		
	処　方 ×	回		
	麻　毒	回		
	調　基			
注　射	皮下筋肉内	回		
	静脈内	回		
	その他			
処　置		回		
	薬　剤			
手術麻酔		回		
	薬　剤			
検　査		回		
	薬　剤			
画像診断		回		
	薬　剤			
その他	処方箋	回		
	薬　剤			
入　院	入院年月日　年　月　日			
	入院基本料・加算	点		
	×	日間		
	×	日間		
	特定入院料・その他			
食事・生活	基　準　円 ×	回		
	特　別　円 ×	回		
	食　堂　円 ×	日		
	環　境　円 ×	日		
	基準（生）　円 ×	回		
	特別（生）　円 ×	回		
	減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月超			

食事・生活療養	回　数	請　求（円）

合 計	円	※　1点　（　　）円の計算による

上記のとおり診療（領収）しました。

年　　月　　日

医療機関の所在地

名　称

医師の氏名　　電話　（　　）

添付書類およびその他の留意事項

●添付書類は必ず<u>原本を添付してください。</u>（一部を除く）

1．治療用装具（コルセット等）を装着した場合

- 医師が記入・証明した「治療用装具製作指示装着証明書」
- 装具を購入した代金の領収書、装具の内訳書
- 靴型装具を作成された場合は当該装具の写真

2．国民健康保険等へ無資格期間に係る医療費を返納した場合

- 返納した金額の領収書
- 診療報酬明細書（返納先の保険者から受け取った書類・封筒等）

  ※開封厳禁などの表示があるものは、<u>開封せずにそのまま添付してください。</u>

3．やむを得ず自費（国内）で診療を受けた場合

- 診療報酬明細書
- 領収書

  医療機関等から上記書類の交付がない場合は、申請書裏面の「診療（領収）明細書」に診療内容・支払った金額についての証明を受けてください。

4．やむを得ず自費（海外）で診療を受けた場合

- 診療内容に関する証明書
- 診療に要した費用の領収明細書

  （それぞれの用紙は、健康保険組合にあります。）
- 旅券・航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し
- 証明書、領収書等が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名・住所等を記載したもの）を添付してください。
- ⑫ 海外勤務（同行家族）、旅行、留学等 具体的な理由を記入してください。

5．小児弱視等の治療用眼鏡等を作成した場合

対　象…　９歳未満の<u>小児の弱視、斜視及び先天白内障術後の屈折矯正の治療用</u>として用いる眼鏡及びコンタクトレンズ。（アイパッチ及びフレネル膜プリズムは対象外）

- 弱視等治療用眼鏡等作成指示書の写し
- 検査結果（弱視等治療用眼鏡等作成指示書に検査結果の記載がある場合は不要）
- 眼鏡の代金の領収書（対象者の氏名・眼鏡等の名称、種類等の費用額の記載があるもの）

その他の留意事項

《委任状欄》

委任状欄に記入があった場合は、委任払いとなりますのでご注意ください。