

※組合記入欄	支給額	円	資格取得	昭・平・令 年 月 日	前資格取得・喪失( - )	
	算出基礎		資格喪失	平・令 年 月 日	年 月 日	年 月 日
			扶養認定	昭・平・令 年 月 日	取得	喪失
	支給期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日 日間	支給事由	装具・他制度受診・自費(国内)・自費(海外)眼鏡		
備考						

## 健康保険 被保険者 療養費支給申請書

家族

大阪機械工具商健康保険組合理事長殿

◎記入するときは、裏面の注意事項をよく読んで誤りのないようにして下さい。

① 被保険者証の記号・番号	—		② 事業所の名称			
③ 被保険者の氏名				④ 被保険者の生年月日	昭・平・令 年 月 日	
⑤ 被保険者の住所・電話番号	〒			電話 ( )		
⑥ 受療者が被扶養者に関するときはその者の	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者との続柄
⑦ 傷病名及び傷病の経過	ケガ⇒	はい (別途「負傷届」を提出して下さい)	いいえ (右欄に記入して下さい)	⑨ 負傷(ケガ)の原因・状況 (いつ) 年 月 日 時 分頃 (どこで)		
	病気⇒			⑩ 発病の原因	発病の年月日	
				年 月 日		
⑪ 診療又は手当の期間	⑫ 装具等を装着した場合は装着した年月日	⑬ (何をしていた、どう負傷したか)				
平・令 年 月 日から	日間	平・令 年 月 日装着				
平・令 年 月 日まで						
⑬ 診療に要した金額・装具等の代金	⑭ 診療又は手当を受けた医療機関の名称等	(名称) (医師の氏名)				
円	(所在地)					
⑮ 療養の給付を受けられない理由	ア、治療用装具の装着 イ、他の健康保険で受診 ウ、自費で受診	(やむを得ず健康保険被保険者証を使用できなかった理由)				
⑯ 振込先金融機関	銀行 金庫 組合 農協	店 支店 出張所	口座預金種別		預金口座名義人の氏名	
			普通貯蓄当座別段		フリガナ	
			預金口座番号			

受取代理人の欄	⑰ 本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。					
	令和 年 月 日			被保険者の住所 氏名		
	代理人の氏名		被保険者との関係		代理人の住所・電話番号等	
〒			電話 ( )			

## 記入するときの注意事項

- ・ 記入するときには、鉛筆は使用しないで下さい。
- ・ 記入もれのないよう注意して下さい。

### 《被保険者が記入するところ》

- ・ ①欄 あなたの健康保険被保険者証に記載されている記号番号を記入して下さい。
- ・ ⑤欄 郵便物が確実に届くよう、「□□方」「△△アパート」等まで記入して下さい。
- ・ ⑦欄 診療又は手当を受ける原因となった傷病名を記入し、ケガ・病気のいずれか該当する方を○で囲んで下さい。
- ・ ⑧欄 ⑦欄に記入した傷病名がケガのときは、いずれか該当する方を○で囲んで下さい。  
「はい」を○で囲んだときは、別途当組合に備えつけてあります「負傷届」等を添付して下さい。  
「いいえ」を○で囲んだときは、⑨欄にケガの原因・状況を記入して下さい。(⑨欄に記入した場合でも、内容によっては、別途「負傷届」の提出を求められることがあります。)
- ・ ⑩欄 ⑦欄に記入した傷病名が病気のときは、発病の原因等を記入して下さい。
- ・ ⑪欄 診療又は手当を受けた期間と、そのうち実際に診療を受けた日数(回数)を記入して下さい。
- ・ ⑫欄 治療用装具(コルセット等)を装着した場合は、装着した年月日を記入して下さい。
- ・ ⑬欄 やむを得ず自費で診療又は手当を受けた場合は、その際に支払った金額を記入して下さい。  
治療用装具(コルセット等)を装着した場合は、その代金として支払った金額を記入して下さい。
- ・ ⑮欄 療養費の支給の原因となったものを○で囲んで下さい。イ又はウを○で囲んだ場合は、健康保険被保険者証を使用できなかった理由等を詳しく記入して下さい。

### 《被保険者又は受取代理人が記入するところ》

- ・ ⑯欄 銀行等の預金口座については、希望の銀行等の名称、店名、口座預金種別(該当するものを○で囲んで下さい)、預金口座番号、預金口座名義人の氏名を記入して下さい。  
ただし、被保険者名義のものに限ります。(受領委任をするときは、受取代理人名義のものを記入して下さい。)
- ・ ⑰欄 この給付金の受取りを代理人に委任する場合は「受取代理人の欄」に被保険者及び受取代理人それぞれが氏名、住所等を記入して下さい。

## ◎添付書類

### ■立替払等

- 1.診療報酬明細書(原本)
- 2.領収(明細)書(原本)

### ■治療用装具

- 1.医師の意見書及び装具装着証明書(原本) ※治療用眼鏡・弾性着衣は除く
- 2.医師の治療用眼鏡等の作成指示書(原本) ※治療用眼鏡のみ
- 3.医師弾性着衣等の装着指示書(原本) ※弾性着衣のみ
- 4.領収(明細)書(原本)

■海外療養費(届書様式は当組合にありますのでご連絡ください)

- 1.診療内容明細書(様式A) ※医科の場合
- 2.領収明細書(様式B)
- 3.歯科診療内容明細書(様式C) ※歯科の場合
- 4.領収書(原本)
- 5.医師等に照会することの同意書(様式あり)
- 6.署名書(様式あり)

(申請内容によっては、その他の書類が必要となる場合があります)

※ 以上の内容でわからないことがありましたら、当健康保険組合へおたずね下さい。