

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
家 族

注意：ご記入ご提出の前に下記※を必ずご一読下さい

◎輸血及びコルセット等治療用具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか、これに要した費用の「領収書」及び「内訳書」を添付してください。	被保険者証の記号番号	記号	番号	所属事業所及び部署名		電話 ()				
	Emp. No.									
療養を受けた者の氏名	カガナ			続柄	生年月日		年	月	日	
発病または負傷年月日	年	月	日				傷病名			
発病または負傷の原因及び経過						第三者の行為によるものですか			いいえ ・ はい	
診療を受けた医療機関	名称				診療を担当した医師名					
	所在地									
診療の期間(支給期間)	自	年	月	日	日数	区分	入院の場合左記の入院期間			診療に要した費用の額
	至	年	月	日			入院外	自	年	
※領収書を添付すること										
円										
診療の内容										
療養の給付を受けることができなかった理由										
振込先(被保険者名義)		銀行			支店	普通当座	No.			
口座名義(カナ)										
上記のとおり申請します。										
年 月 日										
住所 〒										
被保険者		電話		()						
氏名						Ⓜ				
アクセンチュア健康保険組合理事長 殿										

備考欄	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入は必要ありません) ※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の書類を添付してください。 ①通知カードのコピー(両面) ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カードのコピー(両面)のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証のコピー又はパスポートのコピーのいずれか1点
-----	--

受付日付印

※<重要>お住いの市区町村の医療費助成(乳幼児医療費助成・こども医療費助成など)の対象となる方は、原本提出となる書類のコピーをとり保管してください。

領収(診療)報酬明細書 (医師の証明)

(月 日から 月 日までの分)

患者名	職務上の事由	職務上・下船後 3ヶ月以内・通勤災害	傷病名	
初診	時間外	円	注射	皮下筋肉内・静脈内 回
	休日 深夜			その他 回
再診	再診 時間外	円	検査	皮下筋肉内・静脈内 回
	休日 深夜			その他 回
往診	普通	回	レントゲン	回
	夜間	回		回
	深夜・暴風雨雪・難路	回		回
指導			処置 および 手術	回
				回
投薬	内服	単位	薬剤	回
	屯服	単位		回
	外用	単位		回
	調剤	単位		回
	調基	回		回
入院	1ヶ月未満	日間 (日～ 日)	その他	
	1ヶ月～3ヶ月未満	日間 (日～ 日)		
	3ヶ月以上	日間 (日～ 日)		
	給食の有無	日間 (日～ 日)	合計	

◎輸血及びコルセット等治療用具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか、これに要した費用の「領収書」を添付してください。

上記のとおり領収(診療)いたしました。

年 月 日

所在地
医療機関名
医師氏名
電 話

印

年 月 日提出

アクセンチュア健康保険組合

受付日付印