

健康保険 **被保険者** **家族** 療養費支給申請書

どちらか該当する方を○で囲む

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 9	番号 2013	所属事業所及び部署名	AIC商事(株) 総務部																										
Emp. No.	10123123			電話	045 (999) 9999																									
療養を受けた者の氏名	フリガナ ミナト ミライ	続柄	長女	生年月日	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr> <tr><td>2011</td><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td></td><td>1</td><td>9</td></tr> </table>		年	月	日	2011	1	0		1	9															
年	月	日																												
2011	1	0																												
	1	9																												
発病または負傷年月日	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr> <tr><td>2019</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td></td><td>2</td><td>3</td></tr> </table>	年	月	日	2019	1	2		2	3	傷病名	左上腕骨折																		
年	月	日																												
2019	1	2																												
	2	3																												
発病または負傷の原因及び経過	坂道でつまづき転倒。負傷場所近くの病院で処置。			第三者の行為によるものですか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ																									
診療を受けた医療機関	名称	青山一丁目クリニック		診療を担当した医師名	日得 南照																									
	所在地	東京都港区赤坂1-11-44																												
診療の期間(支給期間)	自	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr> <tr><td>2018</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td></td><td>2</td><td>3</td></tr> </table>	年	月	日	2018	1	2		2	3	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															
	年	月	日																											
2018	1	2																												
	2	3																												
至	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr> <tr><td>2018</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td></td><td>2</td><td>3</td></tr> </table>	年	月	日	2018	1	2		2	3	1	<input checked="" type="radio"/> 入院外 <input type="radio"/> 入院	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>自</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>至</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	自	年	月	日					至	年	月	日					28,800 円
年	月	日																												
2018	1	2																												
	2	3																												
自	年	月	日																											
至	年	月	日																											
診療の内容	ex.外科処置 / 内科処置 / 治療のため装具作成(実際の内容をご記入下さい)																													
療養の給付を受けることができなかった理由	ex.1 保険証不携帯で受診したため、医療費を全額自己負担した。 ex.2 扶養申請手続き中に受診してしまった為、医療費を全額自己負担した。 ex.3 治療用装具作成のため、費用は一旦、全額自己負担となった。																													
振込先(被保険者名義)	ATSNET 銀行		代々木	支店	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座	No. 1234567																								
	口座名義(カナ)		ミナト アーサー																											
上記のとおり申請します。																														
2019年12月28日																														
住所 〒 132-000 埼玉県渡辺市義晴通り1-1-1 MMハイツ201																														
被保険者 電話 048 (123) 4567																														
氏名 港 アーサー 港																														
アクセンチュア健康保険組合理事長 殿																														

領収書に記載の金額

被保険者名義の口座に限る

捺印を忘れずに!

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 休日 深夜	円	注射	皮下筋肉内・静脈内 その他 回 回
再診	再診 時間外 休日 深夜	円	検査	皮下筋肉内・静脈内 その他 回 回
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レントゲン	回 回 回
指導	回			
投薬	回			
入院	1ヶ月未満 1ヶ月～3ヶ月未満 3ヶ月以上 給食の有無	日間 (日～ 日) 日間 (日～ 日) 日間 (日～ 日) 日間 (日～ 日)	その他 合計	
<p>◎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。</p>				
<p>上記のとおり領収(診療)いたしました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地 医療機関名 医師氏名 電 話</p> <p style="text-align: right;">印</p>				

「診療報酬明細書」は医療機関の様式、もしくはこの健保様式のどちらでも構いません。療養費の支給申請のため必要とお伝えすれば発行いただけます。

※「診療報酬明細書」は、受診者の控えとして発行される「診療明細書」とは別の物です。必ず医療機関へ発行を依頼し、原本の送付が必要です。

年 月 日提出

アクセンチュア健康保険組合

受付日付印