

療養費請求書

スタンレー電気健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

被保険者の氏名 保険証の記号、番号	記号	番号	氏名												
被保険者の連絡先 (自宅住所・職場)	自宅住所 〒 ー			職場の名称・電話番号			Tel ()			職場(TEL)					
受診者	氏名		生年月日	昭・平・令	年	月	日	被保険者 との続柄							
傷病名															
負傷の場合 はその原因等	いつ→ 令和 年 月 日() どこで→ どうして→							第三者行為によるもので か?(該当に○印) はい・いいえ							
診療を受けた医療機関 の名称・所在地・医師名							費用の額 (領収書の金額)		円						
診療の期間等	自: 令和 年 月 日			至: 令和 年 月 日 (日間)			入院の別 (該当事項に○印)		入院・外来						
市区町村の医療費助 成の有無に○印	有 (1.子ども乳幼児医療制度・2.心身障がい者医療費助成制度・3.ひとり親医療費助成制度) 無														
療養の給付を受ける ことができなかった 理由の該当に○印	1. 保険証不携帯			【添付書類】 ■診療報酬明細書の原本、または別紙「領収(診療)明細書」に医 療機関にて診療内容を受けたもの (傷病名、薬剤名、検査名、処置名、手術名等記載があるもの。) ■領収書の原本											
	2. 治療用装具の作成			■医師の意見書の原本(装具装着証明書等) ■領収書と明細書の原本(名称・種類・内訳等の明記があるもの) ■靴型装具は当該装具の写真※患者が実際に装着する現物である ことが確認できるもの											
	3. 小児弱視等の治療用眼鏡の 作成等			■医師の作成指示書の原本 (病名および検査結果の明記があるもの) ■領収証の原本(治療用眼鏡と明記があるもの)											
	4. 誤って前の保険証を使用した ため			■診療報酬明細書(レセプト)の写し ※封を開けずに添付してください。 ■医療費を返還した際の領収書の原本 ■医療機関の領収書の原本											
	5. 四肢のリンパ浮腫治療のため の弾性着衣等			■保険医の弾性着衣等の装着指示書の原本 (手術年月日、着圧指示等が記入されているもの) ■領収書の原本											
	6. 生血			■輸血証明書の原本 ■血液代金の領収書の原本											
	7. その他()			□当組合へお問い合わせください。											
振込先 (ゆうちょ銀行除く)				□ 銀行			□ 支店			□ 信用金庫			□ 営業所		
				□ 労働金庫			□ 出張所			□ 農協					
□ 座種別・番号 □ 座名義	□ 普通(総合)			□ 貯蓄			□ 当座			被保険者口座名義(カタカナで記入してください)					

健保受付印

【申請ルート】

≪申請者 → 人事担当部署 → 健保組合≫