

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 2 年 6 月 29 日

被保険者の氏名 保険証の記号、番号	記号 1	番号 12345	氏名	健保 太郎						
被保険者の連絡先 (自宅住所・職場)	自宅住所 〒123-4567 東京都世田谷区〇〇1-23-4 Tel 03 (4567)8910			職場の名称・電話番号 本社 人事部 人事課 職場(TEL) 932-2270						
受診者	氏名 健保 花子	生年 月 日	昭・平・令	50 年 1 月 2 日	被保険者 との続柄	妻				
傷病名	左5指挫傷									
負傷の場合はその原因等	いつ→ 令和 2 年 6 月 1 日(月) どこで→ 自宅付近 どうして→ バイクで友人宅に向かう途中横転し、その直後近くの外科医で処置				第三者行為によるものですか?(該当に○印) はい・ <input checked="" type="radio"/> いい					
診療を受けた医療機関の名称・所在地・医師名	○×外科医院			費用の額 (領収書の金額)	10,500 円					
診療の期間等	自: 令和 2 年 6 月 1 日 至: 令和 2 年 6 月 1 日 (1 日間)			入院の別 (該当事項に○印)	入院・ <input checked="" type="radio"/> 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) <input checked="" type="radio"/> 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 みずほ		□ 信用金庫 中目黒		■ 支店 □ 営業所 □ 出張所					
口座種別・番号 口座名義	■ 普通(総合) □ 貯蓄 □ 当座		1	2	3	4	5	6	7	被保険者口座名義(カタカナで記入してください) ケンポ タロウ

健保受付印

【申請ルート】

≪申請者 → 人事担当部署 → 健保組合≫