

| 種 別 | 支 給 期 間 | 日 数 | 金 額 | | 資格関係 | | 療養費 コルセット 海外 |
|-----|---------|-----|-----------|------------|---------|--|--------------------|
| | | | 請求額 (円) | 0.7 | 年 月 日取得 | | |
| | | | 組合算出額 (円) | 0.8 0.9 | 年 月 日喪失 | | |

健康保険 被 保 険 者 療 養 費 支 給 申 請 書

被 扶 養 者

| | | | | | | | | |
|--|--------------------------------|---|--|---|---------------------|--|----------|-----------------------|
| 健康保険者証の記号・番号 | | 事業所の名称 | | 事業所の所在地 | | | | |
| 記号 | 1 2 3 | 株式会社 | | 大阪市中央区 町2-6-9 電話 (0 6) 〇〇〇〇 - 1 2 3 4 | | | | |
| 番号 | 4 5 6 | | | | | | | |
| 被保険者の氏名・印 | | (フリガナ) <u>ダイオリ ケンタロウ</u> 大織 健太郎 大織印 | | 被保険者の生年月日 | | 昭和 〇〇年 3 月 17 日 平成 | | |
| 被 保 険 者 の 記 入 す る こ ろ | 被扶養者の申請の場合は、療養を受けた被扶養者の氏名等 | | 氏 名 | | 生 年 月 日 | | 被保険者との続柄 | |
| | | | (フリガナ) <u>ダイオリ フトシ</u> 大 織 太 | | 昭和 〇年 8 月 2 日 平成 | | 長 男 | |
| | 郵便番号 | | 被 保 険 者 の 住 所 ・ 電 話 番 号 | | | | | |
| | 5 3 8 - 〇 〇 〇 〇 | | (フリガナ) <u>オオサカシツルミク</u> 大阪市鶴見区 3-25-7 電話 (0 6) 〇〇〇〇 - 3 4 5 6 | | | | | |
| 傷病名及び傷病の経過 | | ケガ → | | 負傷(ケガ)は第三者の行為によるものですか ・はい (別紙「負傷届：第三者行為届」を提出してください) → | | 負傷(ケガ)の原因・状況 (いつ) 17年8月11日(午前)11時分頃(どこで) 中学校のグラウンド | | |
| | | 左足関節捻挫 | | 発病の原因 | | 発病の年月日 平成 年 月 日 | | |
| | | 病気 → | | | | ② 私用中 イ、仕事 ウ、通勤中 エ、その他() 何をしていた、どのように負傷したか <u>サッカーの試合中、足を捻って転倒</u> | | |
| 診療又は手当の期間 | | 受診日数 | 入院の有無 | 入院期間 | | コルセットを装着した場合は装着した年月日 | | 診療等に要した金額 コルセットの代金 |
| 平成 17年 8 月 12 日から 平成 年 月 日まで | | 1 日 | 有 → 無 | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | | 平成 17年 9 月 15 日装着 | | 15,793 円 |
| 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 | | 所在地 | | | | |
| 整形外科 | | 英雄 | | 大阪市鶴見区 9-11 | | | | |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 | | | | | | | | |
| ① 治療用装具の装着 イ、他制度で受診(国保・共済・その他 /) → ウ、自費で受診(国内・海外/国名) → | | | | (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) | | | | |
| 理 人 が 記 入 す る こ ろ | 金融機関名 | | | 口座預金種別 | | 預金口座名義人の氏名 (カタカナで記入してください) | | |
| | 〇〇 銀行 店 金庫 × × 支店 組合 出張所 | | | 普通・貯蓄・当座 | | ダイオリ ケンタロウ | | |
| | 店番号 | | | 預金口座番号 | | | | |
| 〇〇〇〇 | | | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 | | | | | |

負傷状況を詳しく記入してください。

↑被保険者名義のもの(受領委任をする場合は代理人名義のもの)を記入してください。

| | | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|--|----------|--|---------------|--|-------|
| 受 取 代 理 人 の 欄 | 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。 | | 代理人の氏名・印 | | 被保険者(請求者)との関係 | | (受付印) |
| | 平成 年 月 日 | | (フリガナ) | | | | |
| | 被保険者(請求者)住所 | | 郵便番号 | | 代理人の住所・電話番号 | | |
| | 氏名 | | (フリガナ) | | 電話 () - | | |

- コルセットに関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医師の意見書(証明書)」及び「実費についての領収書」を添付してください。
 - 海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」及び「診療明細書」・「領収書」をつけてください。尚、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。
 - やむを得ず、保険診療を受けられず自費支払いをした時は、「診療報酬明細書」・「領収書」を添付してください。
- 大阪織物商健康保険組合 給付課 〒541-0048 大阪市中央区瓦町 2-6-9 (06) 6203-4081