

決裁	年 月 日	常務理事	事務長	担当者
支給	支給	<h1 style="color: red;">保険証を掲示せずに病院を受診した場合の請求見本</h1>		
支出	支給			
伺	資格			
	資格			

療養費請求書

第 回

被保険者証 記号・番号	〇〇-〇〇〇〇〇	事業所の名称	株式会社〇〇	所属	〇〇部
傷病名	〇〇▲□症		発病又は負傷 の年月日	平成〇〇年〇〇月××日	
傷病又は負傷の原因	〇〇▲で怪我をしたなど				
傷病の経過	治療中など				
療養を受けた病院等 の名称及び所在地	名称	〇〇総合病院			
	所在地	大阪市淀川区田川2-1-11			
療養を受けた期間	平成〇〇年〇月〇日～平成〇〇年〇月〇日〇〇日間		実日数	〇〇日間	
療養の内容	創傷の消毒など		療養に要した 費用の額	〇,〇〇〇 円	
保険診療を受け られなかった理由	旅行中の怪我をして保険証不携帯の為				領収書の金額
傷病が第三者行為 によるときはその 者の住所・氏名	傷病原因が、交通事故等な場合は、別途健保へご連絡下さい。 診療を受けた人が扶養者の場合は、ご記入下さい。				
申請が被扶養者 に関するとき	氏名	ダイヘン花子	生年月日	昭和〇〇年××月〇〇日	被保険者 との続柄
備考	※個人番号:		記号・番号に代えて個人番号でご申請いた だくことも可能になりましたが、 従来どおり、記号番号で申請される方につ いては個人番号の記入は不要です。		
上記のとおり請求します					
平成〇〇年△△月〇〇日					
被保険者住所 大阪市淀川区田川2-1-11					
(株)ダイヘン、ダイヘンビジネス サービス(株)、ダイヘンテック(株)、 ダイヘン産業機器(株)の方は記入が 必要です。		名	ダイヘン太郎		
本請求金額の受領を 委任します		専務 殿	署名欄は、すべて 自筆が原則です。 データ入力される場合は、 押印して下さい。		
平成〇〇年△△月〇〇日		署名欄は、 すべて自筆が原則です。 データ入力される場合は 押印して下さい。		円受領しました 受領印の押印は 必ず必要。	
被保険者氏名		ダイヘン太郎			
		受領者住所		大阪市淀川区田川2-1-11	
		氏名		ダイヘン太郎	

- * 「領収書」(原本)を添付して下さい。
 - * 医療機関にて「診療報酬明細書」の発行を依頼して添付して下さい。
 - * 傷病原因等わかる範囲でできるだけ記載して下さい。
- ※従来どおり、記号・番号で申請される方については個人番号の記入は不要です。

決 裁	年 月 日	常務理事	事務長	担当者
支 給	支 給	<h1 style="color: red;">病院で装具を購入した場合 の請求見本</h1>		
支 出	支 給			
伺	資格			
	資格			

療 養 費 請 求 書

第 回

被保険者証 記号・番号	〇〇-〇〇〇〇〇	事業所の名称	株式会社〇〇〇	所 属	〇〇部
傷 病 名	〇〇▲□症		発病又は負傷 の年月日	平成〇〇年〇〇月××日	
傷病又は負傷の原因	〇〇▲で怪我をしたなど				
傷病の経過	治療中など				
療養を受けた病院等 の名称及び所在地	名 称	〇〇総合病院			装具を購入した日
	所在地	大阪市淀川区田川2-1-11			
療養を受けた期間	平成〇〇年〇月〇日～平成〇〇年〇月〇 日〇〇日間		実日数	1 日間	
療養の内容	装具装着	診療を受けた人が 扶養者の場合は、 記入下さい。	療養に要した 費用の額	〇、〇〇〇 円	
保険診療を受け られなかった理由	装具購入費用		領収書の金額		
傷病が第三者行為 によるときはその 者の住所・氏名	傷病原因が、交通事故等な場合は、別途健保へご連絡下さい。				
申請が被扶養者 に関するとき	氏名	ダイヘン花子	生年月日	昭和〇〇年××月〇〇日	被保険者 との続柄
備 考	※個人番号：←		記号・番号に代えて個人番号でご申請いただく ことも可能になりましたが、 従来どおり、記号番号で申請される方につい ては個人番号の記入は不要です。		
上記のとおり請求します 平成〇〇 年 △△ 月 〇〇 日 被保険者住所 大阪市淀川区田川2-1-11 氏 名 ダイヘン太郎					
本請求金額の受領を 委任します 平成〇〇 年 △△ 月 〇〇 日 被保険者氏名 ダイヘン太郎		署名欄は、 すべて自筆が原則です。 データ入力される場合は 押印して下さい。		署名欄は、すべて 自筆が原則です。 データ入力される場合は、 押印して下さい。	
		受領者住所 大阪市淀川区田川2-1-11 氏 名 ダイヘン太郎		受領印の押印は 必ず必要。	

* 「領収書」及び「医師の意見書」(すべて原本)を添付して下さい。
 * 傷病原因等わかる範囲でできるだけ記載して下さい。
 ※従来どおり、記号・番号で申請される方については個人番号の記入は不要です。

決 裁	年 月 日	常務理事	事務長	担当者
支 給	支 給	<h1 style="color: red; text-align: center;">9歳未満で治療用眼鏡を購 入した場合の請求見本</h1>		
支 出	支 給			
同	資格			

療 養 費 請 求 書

第 回

被保険者証 記号・番号	〇〇-〇〇〇〇〇	事業所の名称	株式会社〇〇〇	所 属	〇〇部
傷 病 名	〇〇▲□症		発病又は負傷 の年月日	平成〇〇年〇〇月××日	
傷病又は負傷の原因					
傷病の経過	治療中など				
療養を受けた病院等 の名称及び所在地	名 称	〇〇総合病院		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">治療用眼鏡等を購 入した日</div>	
	所在地	大阪市淀川区田川2-1-11			
療養を受けた期間	平成〇〇年〇月〇日～平成〇〇年〇月〇日〇〇日間		実日数	1 日間	
療養の内容	治療用眼鏡装着		療養に要した 費用の額	〇,〇〇〇 円	
保険診療を受け られなかった理由	治療用眼鏡作成費用		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">領収書の金額</div>		
傷病が第三者行為 によるときはその 者の住所・氏名	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">診療を受けた扶養者の氏 名を記入して下さい。</div>				
申請が被扶養者 に関するとき	氏名	ダイヘン花子	生年月日	昭和〇〇年××月〇〇日	被保険者 との続柄
備 考	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">※個人番号: ← 記号・番号に代えて個人番号でご申請いた だくことも可能になりましたが、 従来どおり、記号番号で申請される方につ いては個人番号の記入は不要です。</div>				
上記のとおり請求します					
平成〇〇 年 △△ 月 〇〇 日					
被保険者住所 大阪市淀川区田川2-1-11					
氏 名 ダイヘン太郎					
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">(株)ダイヘン、ダイヘンビジネス サービス(株)、ダイヘンテック(株)、ダ イヘン産業機器(株)の方は記入が 必要です。</div>					
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">署名欄は、すべて 自筆が原則です。 データ入力される場合は、 押印して下さい。</div>					
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">署名欄は、 すべて自筆が原則です。 データ入力される場合は 押印して下さい。</div>					
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">受領印の押印は 必ず必要。</div>					
本請求金額の受領を 委任します 平成〇〇 年 △△ 月 〇〇 日					
被保険者氏名 ダイヘン太郎					
受領者住所 大阪市淀川区田川2-1-11					
氏 名 ダイヘン太郎					

* 「領収書」及び「医師の作成指示書」(すべて原本)を添付して下さい。
 * 保険給付対象用件は、9歳未満の小児で、弱視等の治療用眼鏡及びコンテクトレンズ作成及び購入した費用。
 尚、眼鏡等の更新については、5歳未満は、更新前の装着期間が1年以上であること、5歳以上9歳未満は、2年以上であること。
 ※従来どおり、記号・番号で申請される方については個人番号の記入は不要です。