被保険者 療養費支給申請書

| | 該当に○ | 被保険者・・被扶養者 | | | |
|--|---|---|---|--|--|
| 被保険者(申請者)が記入する | 該目にし | 立替払等・ 治療用装具・ その他() | | | |
| | 被保険者証の 記号・番号 | 記号 被保険者 氏名・印 回 番号 生年月日 昭和・平成年月日 | <u> </u> | | |
| | 現住所 •電話番号 | (〒 -) 電話番号 () | | | |
| | 事業所名 | | | | |
| | 家族が受診し | ブリカ ナ 生年月日 氏 短和 | | | |
| | | | 日 | | |
| | 傷病名 | 発病または 負傷の年月日 平成 年 月 | 日 | | |
| | 発病の原因および その経過 (負傷の場合は「負 傷原因記入欄」に 記入してください | | <u> </u> | | |
| | | 名 称 所在地 診療した医師等の氏。 | 名 | | |
| ところ | 診療を受けた 医療機関 | 7月 1月 1上 2世 197点と7と区間中寺*プスペ | <u>14 </u> | | |
| | 診療を受けた期間 | 平成 年 月 日 平成 年 月 日 から 日 | | | |
| | 診療に要した 費用の額 | 円 H | | | |
| | 診療の内容 | | | | |
| | 健康保険で受診 できなかった理由 | | | | |
| 振込 | 金融機関名 | 銀行 農協 本店 本所 参庫 漁協 支店 支所 信組 その他() 出張所 | | | |
| 込先指: | 預金種別 | 1.普通 3.別段 口座番号 | ごさい | | |
| 定口座 | 口座名義 | カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。 | | | |
| 受取代理人の欄 | 被保険者 (申請者) | 氏名・印 (型) 住所「被保険者(申請書) 押印省略不可 記入するところ」の住所と同 | | | |
| | 代理人 (口座名義 <i>)</i> | (〒 -) 電話 () 住所 氏名・印 ® | | | |
| 受付日付印 ※1 「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。 健保組合にお問い合わせください。 | | | | | |

ウラベ健康保険組合

2016.10

| 負 | 負傷原因記入欄 | | | | | | | | |
|--------------|---|----------------|---|--|--|--|--|--|--|
| 負 | 負傷の原因について記入してください(該当する□にチェックを記入してください)。 | | | | | | | | |
| | 【負傷日時・場所等】 1.いつケガ(負傷)をしましたか。 平成 年 月 日 (曜日) □午前・□午後 時 分頃 | 6. | 受診した医療機関】 診療を受けた病院名とその期間等 病院名 年 月 ~ 年 月 □治ゆ □治療中 | | | | | | |
| 被保険者が記入するところ | | | 病院名 | | | | | | |
| | 3.7万(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか。 □勤務時間中 □通勤途中(□出勤・□退勤) □出張中 □私用 □その他() | | ス関のにことの状況(MA) と共中間に聞入して(NECV。 | | | | | | |
| | 4.7 A (兵陽)をした場別はとことしたが。 ・ □今社内 □ □首牧 □ □自宅 | | | | | | | | |
| | 5.ケガ(負傷)をした原因で次にあてはまる場合がありますか。 □交通事故 □暴力(ケンカ) □スポーツ中(□職場の行事 □職場の行事以外 □動物による負傷(飼い主 □有 □無) | | | | | | | | |
| | あてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。 相手 □有 → □あなたは被害者 □あなたは加害者 | | | | | | | | |

(添付書類) ●治療用装具

| ①コルセット | ・医師の証明書(装着指示・意見書)の原本 | | | |
|----------|----------------------|--|--|--|
| ②弾性着衣等 | ・装具内訳明細及び領収書の原本 | | | |
| ③小児治療用眼鏡 | ・医師の眼鏡作成指示書の原本 | | | |
| | ・装着者の氏名入り領収書の原本 | | | |

●立替払い

| 保険証不携帯 | ・診療報酬明細書(レセプト) |
|----------|------------------|
| または返還請求時 | →医療機関で交付を受けてください |
| | ・領収書の原本 |