

常務理事	事務長	担当

## 花王健康保険組合(本人・家族)療養費 支給申請書

被保険者	①氏名		②氏名コード		③被保険者証の記号一番号	
	シャチハタ可 印					
④事業場・支社支店			⑤日中の連絡先			
被保険者が記入する欄	⑥氏名		⑦続柄	⑧生年月日	昭・平	年 月 日
	⑨傷病名		⑩発病または負傷年月日		平成	年 月 日
	⑪発病時の状態または傷病の原因					
	⑫診療を受けた病院等		所在地			
			名称	医師名		
	⑬診療期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		日間	
	⑭申請理由		1. 保険証不携帯のため提示できず、10割負担したため 2. コルセット等(治療用装具)の作成 3. 前保険(国保等)を利用し、全額支払ったため 4. その他( )			
⑮費用の額		円		⑯傷病は第三者行為(交通事故もしくは暴行など加害者がいる場合)によるものですか? はい・いいえ ⇒「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」の提出が必要になります。健保にご連絡ください。健保よりお渡します。		
該当する方に記入	↓在職者の場合に記入(会社経由で、給与口座に振り込みます。)					
	⑰委任状		事業主を代理人として、健康保険組合より支給される療養費の受領を委任します。 被保険者 氏名 <span style="float: right;">シャチハタ可 印</span>			
	↓任意継続、資格喪失後の場合に記入					
⑱振込希望		銀行	口座番号		1.普通	フリガナ
銀行名		支店	店番		2.当座	名義

【添付書類】

- \* 診療費用の申請をする場合
  - ⇒①「領収書」(原本) 領収書に保険点数が明記されていること。
  - ②上記①「領収書」に保険点数の記載がない場合、「診療報酬明細書」(原本)  
受診した医療機関に発行依頼してください。発行される書類は開封厳禁です。そのまま提出してください。
- \* 治療用装具の申請をする場合
  - ⇒①医師の「証明書」(原本)、同意書(原本)または「作成指示書」(原本) : 処方箋は不可
  - ②「領収書」(原本)
  - ③「明細書」(原本) ※領収書に作成した装具の明細が記載されている場合は「明細書」は不要
  - ④靴型装具の申請の場合は当該装具の写真(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)

**【お願い】ボールペンで記入してください。(鉛筆・消せるボールペンでの記入不可)  
ご提出前に記入漏れ、捺印、添付書類の確認を再度お願いします。**

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、事前に健保へご相談ください。

【問合せ先】 花王健康保険組合 茅場町 ☎03-3660-7681 内線8-1-7681  
大阪 ☎06-6533-7599 内線8-2-7599

健保記入欄	受付番号		支給日		年 月 日	
	支給額		内 訳	法定	円	
				付加	円	
	被 保 険 者	取得日	年 月 日	被 扶 養 者	認定日	年 月 日
		喪失日	年 月 日		削除日	年 月 日
健保負担割合		7割 ・ 8割 ・ 9割				

健保受付印