

# 記入例(治療用装具代金)

## 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	
	花王 太郎		123456		1 123456	
	④事業場・支社支店		⑤日中の連絡先			
すみだ事業場		サイン不可		080-1111-1111		
被保険者が記入する欄	⑥氏名		⑦続柄	⑧生年月日		昭・平
	花王 月子		妻	44年 4月 25日		
	⑨傷病名		⑩発病または負傷年月日		平成 17年 6月 9日	
	⑪発病時の状態または傷病の原因		何度か腰を痛み、重なったことが原因と思われる。外来通院中。			
	⑫診療を受けた病院等		所在地	大阪府大阪市1-2-3		
			名称	大阪病院	医師名	井市 大介
	⑬診療期間		平成 17年 6月 9日 ~ 平成 17年 7月 31日 52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		23,030 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 花王 太郎			
↓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	
		支店	店番	2.当座	名義	
		サイン不可				

### 【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		円	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

# 記入例(立替払い)

## 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		
	花王 太郎		123456		1 123456		
	④事業場・支社支店		⑤日中の連絡先				
すみだ事業場		サイン不可		080-1111-1111			
被保険者が記入する欄	⑥氏名	花王 太郎	⑦続柄	本人	⑧生年月日	昭・平 41年 11月 16日	
	⑨傷病名	急性気管支炎		⑩発病または負傷年月日	平成 17年 5月 9日		
	⑪発病時の状態または傷病の原因	不詳・良好					
	⑫診療を受けた病院等	所在地	大阪府大阪市1-2-3				
		名称	大阪病院		医師名	井市 大介	
	⑬診療期間	平成 17年 5月 9日 ~ 平成 17年 5月 9日 1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	4,030 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			
療養を受けた者	↓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		花王 太郎				
支払金融機関の欄	↓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	サイン不可	
銀行名	支店	店番	2.当座	名義			

該当する方に記入

### 【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	円	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