

(被保険者・家族)療養費支給申請書

ダイセル健康保険組合理事長 殿

どちらかに○をつける

※添付資料が A4 サイズ以外の場合は本紙裏面に糊付けして下さい

被保険者証の 記号及び番号	記号	番号	事業所の名称	会社名: 事業場:
傷病名	健康保険証の氏名の上をご覧下さい		被保険者氏名	①
発病又は負傷の 原因	診療又は手当 の内容		平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間 平・令 年 月 日コルセット装着	
傷病の経過	診療又は手当 の期間		¥ (領収証を添付して下さい)	
診療を受けた 病院等の 名称 所在地 医師の氏名	診療又は手当 に要した費用		下さい	
療養の給付を受ける ができなかった理由	家族分の申請の場合、該当家族について記入			
申請が被扶養者に関す るときはその者の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄

(注) 必ず下記の受領委任にご記入、ご捺印下さい。

この欄は、健康保険組合が使用します

任意継続の方は記入不要です

受領委任	上記の請求金額の受領方を事業主代理人に委任します。
	年 月 日
	被保険者氏名 ① ダイセル健康保険組合理事長殿

注) 領収書1枚につき本紙1枚必要です。複数の領収書がある場合は、領収書と同数の申請書を作成して下さい。

健康保険証を持参せずに受診した場合に使用します

**医療機関や調剤薬局が発行する「診療報酬明細書」
もしくは「診療明細書」や「調剤明細書」が添付できない場
合は、主治医に記入を依頼してください。**

(注)薬剤、注射薬は薬名、数量、単位を記入して下さい

X線はフィルム大きさ、造影剤等を記入して下さい

検査は検査項目を記入して下さい

その他、レセプト作成と同様に記入して下さい