

支健 給保 決使用 定伺欄	常務理事		係		係		係		
	支給 期間	自 R 年 月 日	日間	支給金額					
	備考				自己負担額				
					総額				

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

下記のとおり申請します。

石原産業健康保険組合 御中

年 月 日

記号 番号

被保険者等
記号 番号

氏 名

印

〒 S・H・R

住 所 年 月 日生

事業所 連絡先
内線

受診者 氏名		生年月日	S H R / /	被保険者 との続柄	
傷 病 名		発病又は 負傷の年月日	R 年 月 日		
発病又は 負傷の原因 および経過 (※1)		療養の給付を 受けることが できなかった 理由	1. マイナ保険証等不携帯のため 2. 装具作成を業者に委託したため 3. その他()		
療養の期間 (装具の場合は 装着した日)	自 R 年 月 日 日間 至 R 年 月 日	診療に要した 費用の額	金 円 (別紙証憑書のとおり)		
診療を受けた 医療機関の 名称・所在地 及び医師の 氏名	医療機関名 住所 〒 医師の氏名	診療の内容			

(注) 必ず次の書類を添付してください(コピー不可)

＜装具の場合＞ ①領収書 ②医者による意見書・装具装着証明書等 ③靴型装具の場合は当該装具の写真

＜立替払の場合＞ ①病院または薬局発行の診療報酬明細書(診療内容が書かれているもの) ②領収書

※1 第三者の行為による負傷である場合は申請前に健康保険組合までご連絡ください

※給付は事業主委任が基本となります(給与に合わせて支給)。公金口座受取を希望される方は「保険給付について公金受取口座を利用することの届出」をあわせてご提出ください。