

健康保険 □療養費 ・ □第二家族療養費 請求書

＜被保険者(本人)の場合は療養費に、被扶養者(家族)の場合は第二家族療養費にレ印をつけてください＞
神戸製鋼所健康保険組合 御中 令和 年 月 日 請求

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号 ※枝番記入不要													申 請 理 由 (該当箇所に○)									
	事業所名												1. 自費診療 2. 治療用装具(コルセット等)										
	被保険者 氏 名												3. あんま・マッサージ 4. はり・きゅう										
	被保険者 住 所	〒											5. 治療用眼鏡等及びコンタクトレンズ										
	() -											6. その他 (詳しく)											
	被扶養者(家族)分の請求時は下欄もご記入ください											傷 病 名											
	被扶養者 (家族)の氏名											続柄		発病又は負傷年月日					令和 年 月 日				
	生年月日	S・H・R 年 月 日												診療又は手当を 受けた期間					自 令和 年 月 日				
	(年齢)	(満 歳)																	至 令和 年 月 日				
	診療を受けた医療機関名・住所及び医師の氏名											装具の装着日					令和 年 月 日						
	医療機関名												費 用										
	住所 電話番号	〒																					
	() -											・発病又は負傷原因 【いつ、どこで、誰が、どのようにして、どうなったか】 ・申請理由が1. 自費診療の場合、理由等											
	医師氏名												【記入必須】										
	業務災害又は通勤災害によるものですか？											☐ はい ☐ いいえ											
第三者行為(交通事故等)によるものですか？											☐ はい ☐ いいえ												
第三者行為(交通事故等)に該当する場合は別途届出が必要になりますので、健康保険組合までお問い合わせください。																							
以下について同意します ・この給付金の受領を事業主に委任すること (在職者のみ) ・神戸製鋼所健康保険組合が、必要に応じて関係者 (保険者、医師等) に対して審査に必要な情報の照会を行うこと、また関係者がそれに対して回答すること 令和 年 月 日 被保険者氏名 (自署)																							
支 払 方 法	請求人が一般被保険者、任意継続被保険者 <u>以外</u> の場合は、各人の銀行口座(請求人の名義に限る)に振込みますので、右欄に必要事項を記入してください。											銀行名：					支店名：						
												当座・普通		口座番号									
												名義 (ｶﾀｶﾅ)：											

※事業主経由で給与に合算して支払う場合、支払事務のため被保険者名と給付金額を事業主へ連絡します。
※自費診療となった場合は、領収書(原本)と診療報酬点数がわかる資料(明細書等)を提出してください。
※治療用装具、はり・きゅう師等の施術に関する申請の際は、医師の証明(同意)書と領収書・明細書の原本を添付してください。
※療養費は診療(装着)月の診療報酬明細書到着後の審査になるため、支給決定までに数か月かかります。
※治療用装具を作成した場合は装具作成確認書とその装具の画像を添付してください。

受 付 印

健 康 保 険 組 合 記 入 欄									
支 給 日	令和 年 月 日	給 付 率	7 割 8 割						
伝 票 番 号			支 給 決 定 額	¥					