

記入例

保険証等を持たずに受診したとき（立替払いをしたとき）

村田製作所健康保険組合 御中

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

健康保険の記号 - 番号	氏名コード	被保険者氏名	照会等の同意/委任状	
19 - 123456	KA00000	健康 太郎	私は、本療養費の支給に際し、貴組合が必要に応じ、担当医、装具会社、又は他の関係する保険者等に必要な情報を提示すること及び照会することに同意します。 また、左記の事業所を代理人と定め、給付金の受領を委任します。 ※任意継続者・退職者は下記指定口座に振込みます 令和 5年 6月 1日	
今回の申請対象者	所属事業所	所属コード		
<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(家族)→★を記入	KMM能美	KA〇〇		
★被扶養者の氏名	★続柄	★生年月日		
健康 花子	長女	昭和 平成 令和 5年 5月 5日	0 歳	
発病または負傷年月日	傷病名	直接の傷病原因		被保険者住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇 ×××-××
平成 令和 5年 5月 10日	左眼創傷	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労働災害・通勤災害 <input checked="" type="checkbox"/> その他 →右欄の☆を記入		被保険者氏名 健康 太郎 健康 電話番号(日中連絡がつくもの) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 ☆原因(どこで・どのように) ※原因が特定できない場合は不詳と記入
療養に要した費用の額(領収書の金額)	診療を受けた医療機関名称	医療機関の所在地		医師の氏名
00,000 円	●×病院	〇〇県〇〇市〇〇 ×××-××		健保 二郎
任意継続者・退職者のみ記入	金庫	口座番号(右詰め)		口座名義(カタカナ) 被保険者の口座に限る
振込先口座	在籍者は給与口座に支給しますので、銀行口座の記入は不要です。退職者・任継者をご記入ください。		A・Bの場合に記入してください	

申請区分(該当に☑してください)	添付書類	申請区分に応じて記入	
<input checked="" type="checkbox"/> A.健康保険の資格を持たずに受診理由 (発行手続き中)	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書の原本 <input checked="" type="checkbox"/> 診療報酬明細書の原本(レセプト) <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤報酬明細書の原本(調剤レセプト) ※院外処方薬の薬局の領収書がある場合	A・Bの場合に記入→	診療期間 自 令和 5年 5月 10日 至 令和 年 月 日 1日間 入院・外来の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 医科・調剤の別 <input type="checkbox"/> 医科(診療費) <input type="checkbox"/> 調剤(薬代) <input checked="" type="checkbox"/> 両方 診療・薬剤の支給・手当の内容 縫合処置・外用薬処方
<input type="checkbox"/> B.前加入健保の保険資格等を使用	<input type="checkbox"/> 前加入健保発行の領収書 書類3点を添付してください	原本	

<input type="checkbox"/> 保険証等を提示されなかった理由を記入してください	<input type="checkbox"/> 医師が作製を指示した日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 医師が装着を確認した日(Cのみ) 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 費用を支払った日 令和 年 月 日	C・D・Eの場合に記入→
<input type="checkbox"/> D.9歳未満の治療用眼鏡	<input type="checkbox"/> 領収書の原本(領収書貼付台紙に糊付け) <input type="checkbox"/> 眼鏡代の内訳書・明細書(台紙に糊付け) <input type="checkbox"/> 治療用眼鏡等作成指示書	装具名 入院・外来の別 <input type="checkbox"/> 入院 →入院の場合は下記に期間記入 <input type="checkbox"/> 外来 入院期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間
<input type="checkbox"/> E.弾性着衣等(悪性腫瘍の術後等)	<input type="checkbox"/> 領収書・内訳書の原本 <input type="checkbox"/> 弾性着衣等装着指示書の原本 <input type="checkbox"/> パッケージの写真(写真貼付台紙に糊付け)	

※領収書・医師の証明書は返却いたしません
 必要な方は提出前に各自でコピーをとってください

受付日付印

【送付先】
 <社内便> 本社 健康保険組合 給付チーム
 <郵便> 〒617-8555 京都府長岡京市東神足1-10-1
 村田製作所健康保険組合 給付チーム

問い合わせ
 フォーム →

