

常務理事	事務長		担当者



ライク健康保険組合 御中

健康保険 **被保険者**
家族

療養費支給申請書(第 回目)
(立替払い等・治療用装具)

ご確認
ください

① 提出先：事業会社
② この申請書を提出するときは、**振込先の預貯金通帳の写し等**を銀行口座が確認できるもの(レセプト)を必ず添付してください。
③ 立替：受診者ごと・医療機関ごと・診療月ごとに1枚の用紙に記入し、診療報酬明細書(レセプト)と「領収書(原本)」を添付してください。また、靴型装具の場合は当該装具の写真も添付してください。
④ 装具：「医師の意見書(原本)」と費用の内訳のわかる「領収書(原本)」を添付してください。また、靴型装具の場合は当該装具の写真も添付してください。
⑤ ケガが原因の場合は「負傷原因届」、他人の行為による場合は「第三者行為による傷病届」を添付してください。

④健康保険証 記号 7 0 0 0 番号 1 1 1 1 1		⑤所属する事業会社 ライク株式会社 大阪市北区角田町0-0-0	任意継続被保険者の方は 名称:「任意継続」と記入 所在地:記入不要
⑥被保険者の(申請者)氏名 ライク 花子		⑦生年月日 昭和 平成 令和 4 8 0 9 1 5	⑧日中連絡のとれる電話番号 090-9999-9999
⑨被保険者の(申請者)住所 郵便番号 5 3 0-0 0 1 7 (フリガナ) オオサカシキタクカクダチョウ 大阪市北区角田町0-0-0-503			
⑩申請者と受診者が違う場合(被扶養者) 受診者氏名 (フリガナ)		生年月日 昭和 平成 令和 被保険者との続柄	
⑪傷病名 1 右足打撲			
⑫発病又は負傷の原因およびその経過 (いつ) 平成・令和 31年 3月 3日(土)午前 午後 11時頃 (どこで) 自宅の階段で (何をしていた) 清掃中、すべて足を壁にぶつめた。		⑬業務によるものですか? <input checked="" type="checkbox"/> いいえ・はい ⑭他人の行為によるものですか? <input checked="" type="checkbox"/> いいえ・はい	
⑮療養を受けた医療機関等 名称 江戸堀整形外科 所在地 大阪府大阪市西区江戸堀8-8-7		⑯領収書の額 3 5,280 円	
⑰立替払いの場合 診療の期間 自 平成 31年 03月 03日 日数 1日 至 平成 31年 03月 03日 入院の場合、その入院期間 入院 外来		⑱医師の指示日 平成 年 月 日 ライク健康保険組合以外で、療養費(装具)の支給を受けたことがありますか? <input type="checkbox"/> いいえ・はい 支給を受けた時期 平成 年 月 日	
⑲治療の内容 検査ののち、投薬と処置を受けた。		※必ず記入して下さい ⑳療養の給付を受けることができなかった理由 1. 保険証を受け取る前であった 2. 誤って前の保険証を使用した 3. 保険証を持っていなかった(理由:) 4. 労災・第三者行為 5. 医療機関でない業者に装具作製を依頼	
㉑支払金融機関の欄 コスモス 銀行 梅田 本店 出張所 支店 営業部 支店コード 3 2 1 預金種別 1:普通 口座番号 7 6 5 4 3 2 1 口座名義人(申請者) ライク ハナコ カタカナで記入			
㉒振込先を被保険者口座以外の口座に希望する場合は、必ず下記受取代理人欄に記入のこと(同一筆跡は不可) 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 委任者と代理人との関係 令和 年 月 日			
㉓受取代理人の欄 被保険者(申請者) 氏名 住所 〒		代理人の(フリガナ) 住所 〒	

令和 1 年 5 月 10 日提出

- できるだけ詳しくご記入ください。ケガが原因の場合は「負傷原因届」を添付してください。
- 立替払いの場合にご記入ください。
- ⑱の理由が 1. 3. 4. の場合 ⇒ 医療機関等の窓口で支払った金額
2. の場合 ⇒ 前の保険先に返還した金額
※それぞれの支払先からもらった「領収書(原本)」と「診療報酬明細書(レセプト)」の添付が必要です。
※「診療報酬明細書(レセプト)」は「診療明細書(医療費の内訳)」とは異なりますのでご注意ください。
- 立替払いの場合は記入不要です。
- 給付金の受取を代理人に委任する場合は、委任者と受取代理人それぞれの署名が必要です。