

申請者 ⇒ 在籍会社人事部門（確認）⇒ 荏原健康保険組合

被保険者
 家族

療養費支給申請書

(第 回目)

被保険者（申請者）記入欄	被保険者証	記号	番号	事業所名							
	被保険者氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日			
					<input type="checkbox"/> 平成						
	受診者 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
	家族の場合は その方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	続柄 ()			
				<input type="checkbox"/> 平成							
				<input type="checkbox"/> 令和							
	傷病名			発病又は負傷年月日 (療養開始日)	令和	年	月	日			
	発症または 負傷の原因										
	負傷の経過	(良好・通院中など)									
	診療を受けた 病院等	名称									
		所在地			診療した 医師の氏名						
	診療又は 手当の内容				入院期間	自	令和	年	月	日	
						至		年	月	日	
	(投薬・注射・検査など)			コルセット装着日	令和	年	月	日			
診療又は手当 を受けた期間	自	令和	年	月	日	日間	診療又は手当に 要した費用の額	金	円也		
	至		年	月	日						
療養の給付を受けること ができなかった理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 保険証交付前の受診 <input type="checkbox"/> 保険証不携帯 <input type="checkbox"/> 治療用眼鏡(9歳未満対象) <input type="checkbox"/> はり・きゅう・あんま・マッサージ・指圧の施術(医師の同意が必要) <input type="checkbox"/> その他 ()										
上記のとおり申請します。								令和	年	月	日
住所											
氏名											
荏原健康保険組合理事長 殿											

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。	令和	年	月	日
		住所				
		氏名				
	代理人	住所				
		氏名				

振込先	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫		<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 支店
		<input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 出張所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通	口座番号	口座名義 (カタカナ)	
		<input type="checkbox"/> 当座			

※委任状により代理受領する場合は代理人名義の口座(申請者以外の方)を記入。

(申請書に添付する書類)

- ・治療用装具・領収書、保険医の証明書、靴型装具の申請の場合は当該装具の写真(患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)
- ・保険証交付前の受診、保険証不携帯・領収書、診療報酬明細書(荏原健保に加入する前の保険証で受診したとき)
- ・治療用眼鏡(9歳未満対象)・領収書、作成指示書等
- ・はり・きゅう・あんま・マッサージ・指圧の施術(医師の同意が必要)・領収書、医師の同意書
- ・生血液の輸血を受けたとき・領収書、輸血証明書
- ・その他・荏原健康保険組合にお問い合わせください。