

療養費支給申請書

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	-	電話番号 日中の連絡先	
	会社・事業所名		部署名	
	被保険者氏名		生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	受診者氏名 年齢	年齢 才	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	傷病名		発病又は負傷 の年月日	年 月 日
	診療内容			
	医療機関/調剤薬局名			
	発病/負傷の原因			
	傷病原因 (該当する回答に☑)	他人の行為によるものですか 通勤途上・業務中によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ
	診療期間	<input type="checkbox"/> 外来 年 月 日 ~ 年 月 日 日間 <input type="checkbox"/> 入院		
	支払った金額	円		
	申請の理由	<input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず自費で受診したため <input type="checkbox"/> その他()		
	同 意 書			
	療養費の支給決定を行うにあたり、古河電工健康保険組合が、医療機関等に対して照会を行い、回答・提供を受けること、また、医療機関等が、古河電工健康保険組合の照会に対して回答することに同意します。尚、本紙の写しも有効と認めます。			
	受診者署名	受診者ご署名(未成年の場合は親権者が記入)		被保険者ご署名
受診者住所	署名日		年 月 日	
在職中の給付金支払い に関する同意		<input type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します。		
退職後に請求する場合に記入（任意継続者：記号9990は記入不要）				
金融機関コード	銀 行 信用金庫 信用組合	店舗コード	支 店 本 店 出張所	
			種 目 普通預金	
			口座番号	
			フリガナ 口座名義人	
ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください				

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 領収書(原本)
	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書(レセプト)または 調剤報酬明細書(レセプト) 医療機関等で発行してもらえます
	【注意事項】・領収書と一緒に受け取る「診療明細書」は不可です。 ・診療報酬明細書・調剤報酬明細書は開封せず封筒のまま提出してください。 ・領収書(原本)は返却できません。申請前にご自身でコピーを取ってください。

健 保 記 入 欄	支給額	支給日	令和 年 月 日	発信者印
	備考	負担割合 <input type="checkbox"/> 7割 <input type="checkbox"/> 8割		