

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"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	診療期間	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院		年 月 日	年 月 日	日間	
	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	口座番号	フリガナ	
				普通預金			
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】 <ul style="list-style-type: none"> ・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
	負担割合	<input type="checkbox"/> 7割 <input type="checkbox"/> 8割			
備考					