

常務理事	事務長	担当者

# 療養費支給申請書

被保険者記入欄	記号・番号	XXXX - XXXXX	電話番号 日中の連絡先	XXX-XXX-XXXX
	会社・事業所名	○○株式会社 ○○事業所	部署名	○○部 ○○課
	被保険者氏名	健康 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 □ 平成 □ 令和 Y 年 M 月 D 日
	受診者氏名 年齢	健康 花子 年齢 XX才	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 □ 平成 □ 令和 Y 年 M 月 D 日
	傷病名	胃腸炎	発病又は負傷の年月日	わからぬ場合は「不詳」と記入 Y 年 M 月 D 日
	診療内容	診療、薬の処方 など		
	医療機関/調剤薬局名	○○病院		
	発病/負傷の原因	急な腹痛があり受診		
	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 checked="" type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	診療期間	<input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	Y 年 M 月 D 日 ~ Y 年 M 月 D 日	X 日間
	支払った金額	1,234 円		
	申請の理由	<input checked="" 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 同様書欄は 署名が必要です→健康 花子	被保険者署名 同様書欄は 署名が必要です→健康 太郎	署名日	Y 年 M 月 D 日
受診者住所 ○○県○○市○○町 X-X-X				
在職中の給付金支 に関する同意 在職の方 はチェック → <input checked="" 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。			
金融機関コード □□□□□□□□□□□□□□□□□□	退職後の請求、退職予定の方のみ口座を記入(任意継続被保険者を除く) 任意継続被保険者は、登録済の口座へ振込みます			
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 checked="" type="checkbox"/> 領収書(原本) <input checked="" 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います		
	<b>申請前に必ず確認してください</b>		
<p>【注意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・領収書と一緒に受け取る「診療明細書」は不可です。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>			

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 □7割 □8割			