

届書コード	※支給決定・支出決議書					常務理事	部長	課長	主任	担当者		
635	決定日	年 月 日	支給日	年 月 日								
資格関係 照 合	取得 任継	強制	年 月 日	喪失	強制	年 月 日						
		任継	年 月 日	任継	年 月 日							
支給 期間	年 月 日	日間	診療	日	支給決定額	百万	拾万	万	千	百	拾	円
	年 月 日		食事	回		(要¥マーク・訂正不可)						
申請区分			通入区分		支給額の計算							
1. 証交付()前の受診 2. やむを得ず証持参できず 3. 治療用装具 4. はり・きゅう・マッサージ 5. 保険診療が受けられない 6. その他 ()			1. 通院		査定診療費用	給付率	診療支給額					
			2. 入院			円 × $\frac{\quad}{10}$ =	円					
			国海区分		食事療養費	食事負担額	食事支給額					
			1. 国内		円 -		円	円				
			2. 海外									
被扶養者認定日 ()			備考									

健康保険被保険者療養費支給申請書
被扶養者

(1) やむを得ず健康保険証を持参せず受診した場合は、療養費支給明細書又は診療報酬明細書(レセプト)及び領収書(原本)を添付して下さい。なお、やむを得ないものと認められない場合は、支給できませんので、理由は詳しく記入して下さい。

(2) 装具の場合は、装具を必要とした医師の意見書および装着証明書と装具の領収書(原本)を添付して下さい。

(3) 海外療養費の場合は、必ず事業主を経由し、診療・領収明細書を翻訳したうえで、請求して下さい。

被保険者証の記号番号		被保険者の生年月日			事業所の名称				
		昭・平 年 月 日							
被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日		被保険者との続柄				
傷病名				発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日				
発病又は負傷の原因	1. 原因不明 2. 業務中 3. 通勤途上 4. 私用中 5. その他 ()			第三者行為によるものですか 1. はい 2. いいえ					
傷病の経過									
診療を受けた医療機関又は医師の	名称又は氏名								
	所在地又は住所								
診療の期間(コルセット装着年月日)	令和 年 月 日	日間	診療の内容						
保険診療を受けることのできた理由	ア. 証交付前の受診 イ. 治療用装具 ウ. はり・きゅう・マッサージ					診療等に要した費用			
	エ. やむを得ず証持参できず オ. 保険診療が受けられない カ. オの場合は理由を詳しく記入して下さい。					円			
備考欄	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)								
上記のとおり請求します。									
令和 年 月 日			被保険者の住所(請求者)		〒 -				
			氏名		⑩				
大阪ニット健康保険組合理事長 様			電話 ()		-				
被保険者が在職中のとき				被保険者が退職しているとき					
領収委任状	この給付金の領収方を私の勤務する事業所事業主に委任します。			給付金振込口座	1. 振込	2. 当地	金融機関コード		
	令和 年 月 日				金融機関名	銀行			支店
	被保険者の氏名 ⑩				預金種別	普通	口座番号		
					(フリガナ)	口座名義人			