| 届書コード | ※支給決定・支出決議書 | | | | 常務理事 | 部 長 | 次 長 | 課 長 | 担当者 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 635 | 決定日 | 年 月 日 | 支給日 | 年 月 日 | | | | | |
| 資格関係照合 | 取得 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<br>年 月 日 | 日間 | 診療 日<br>食事 回 | 支給決定額<br>(要¥マーク・訂正不可) | 百万 | 拾万 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |

| 申請区分 | 通入区分 | 支給額の計算 |
|---|---|---|
| 1. 証等交付( ・ ・ )前の受診<br>2. やむを得ず証持参できず 3. 治療用装具<br>4. はり・きゅう・マッサージ<br>5. 保険診療が受けられない<br>6. その他<br>( ) | 1. 通院<br>2. 入院<br>国海区分<br>1. 国内<br>2. 海外 | 査定診療費用 給付率 診療支給額<br>円 × 10 = 円<br>食事療養費 食事負担額 食事支給額<br>円 − 円 円 |

| 被扶養者認定日( ・ ・ ) | 備考 | |
|---|---|---|

# 健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書

| 被保険者等の記号番号 | 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 | 負傷場所 | 1. 原因不明 2. 業務中 3. 通勤途上 4. 私用中 5. その他 ( ) | | | | |
| | 負傷状況 | | | | 第三者行為によるものですか<br>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<br>( コルセット装着年月日 ) | 令和 年 月 日<br>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なかった理由 | ア. 証等交付前の受診 イ. 治療用装具 ウ. はり・きゅう・マッサージ<br>エ. やむを得ず証持参できず オ. 保険診療が受けられない<br>**カ. オの場合は理由を詳しく記入して下さい。**<br>( ) | | | | 診療等に要した費用<br>円 | |
| 備考欄 | | 被保険者等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。<br>(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。

年 月 日

大阪ニット健康保険組合理事長

〒 −

被保険者の住所
(請求者)

氏名

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。<br>年 月 日<br>被保険者の氏名 | 給付金振込口座 | 1. 振込 2. 当地 | 金融機関コード | |
| | | | 金融機関名 | 銀行 | 支店 |
| | | | 預金種別 | 普通 | 口座番号 |
| | | | (フリガナ)<br>口座名義人 | | |

(1) やむを得ず健康保険証等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。