

支給決定伺		常務理事	事務長	担当者	担当者
支給額	円				
対象期間	年 月 日から	決定日	年 月 日		
	年 月 日まで				
備考					

国内療養費支給申請書

医療区分 ; 入院・通院・歯科・薬剤・その他

健康保険 被保険者証の	記号	番号	区分	1. 装具装着 (コルセット・ギプス・義肢等及び治療用眼鏡等)		
	1	1234		2. 立替払い 3. その他;		
社員ナンバー		1234-5	所属事業所	サカタインクス大阪本社		
受療者氏名	阪田二郎		生年月日	平成26年1月1日	被保険者との続柄	二男
傷病名	弱視		発病・負傷の年月日		入院・入院外の別	
			平成29年3月20日		入院 入院外	
傷病・負傷の原因	先天性と思われる		第三者行為で		ある ない	
傷病・負傷の経過 負傷・自覚症状から 医科治療いたった 経緯を詳しく	市の三歳児検診で目の異常を指摘され、医療機関を受診					
診療や手当の内容 (具体的な検査や治療)	視診・問診・視力検査・眼底検査・バッチテスト					
診療や手当を受けた 医師等の 住所・氏名	受診した医療機関について記入してください 大阪市西区江戸堀1-2-3 江戸堀眼科 ××××医師 支払った額を記入してください ↓装具を装着した日 06-6666-6666					
受診期間	H29年4月5日より	受診 実日数	1	療養費 (総額)	33,333 円	
療養の給付を受けること ができなかった理由	医療用眼鏡作成のため					
上記の通り申請します。 H29年4月20日 ←提出日を記入してください						
なお、健康保険組合が本申請の支給決定にあたり医療機関等に対し療養等の内容を照会すること、および医療機関等が内容照会に回答することに同意します。			書類送付先	大阪本社 ○○部		
			申請者 電話番号 (内線)	803-XXX		
サカタインクス健康保険組合 理事長 殿			氏 名	阪田 太郎 (印)		

- 注意
- 療養に要した費用については「診療報酬明細書」及び「領収書」の原本を添付して下さい。
 - 処方箋による薬剤費は診療費と分けて請求して下さい。
 - 保険医以外を受診した場合は対象外。
 - コルセット・ギプス・義肢等は医師の「意見書」「装着証明書」「領収明細書」を添付。
 - 治療用眼鏡等は「弱視等治療用眼鏡等作成指示書」「検査結果」「領収明細書」等を添付。
 - 鉛筆書き、記入漏れ、添付書類不備は受付られません。

支払い方法の指定 貸付金がある場合は返済のため相殺を優先	退職後任意継続被保険者 (指示のない場合は健保での預り)		
	(フリガナ)		(フリガナ)
在職被保険者	銀行名		本支店名
1. 国内給与口座に入金	種別	当・普	(フリガナ)
	口座番号	No.	口座名義

以下の欄は記入しないで下さい

療養費		基準給付額		合計	
給付率		附加給付額		[支払]	[受付]