

事業所担当者()<経由>→健保組合 (退職された方は直接健保へ送付)
 ※担当者を記入してください

被保険者
家族 療養費請求書 (不携帯等)

①被保険者の 記号・番号	記号		②被保険者の 氏名						
	番号								
③事業所の名称									
④被扶養者に 関する申請の場合	氏名			生年月日	年	月	日	才	続柄 (長男・長 女等)
⑤発病または 負傷年月日	年	月	日	⑥傷病名					
⑦発病または 負傷の原因									
⑧第三者行為に よるものですか	はい いいえ			⑨業務上または通勤途 上での傷病ですか	はい いいえ				
⑩傷病の経過									
⑪診療を受けた 医療機関 (薬局)	名称			所在地					
⑫診療または手 当を受けた期間	年	月	日から	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	⑬診療また は手当に要 した費用	円 給付額は7割または8割になります			
	年	月	日まで						
⑭療養の給付を 受けることがで きなかった理由 (番号に○印)	1. マイナ保険証等不携帯 または 手続中による受診 2. 返還請求(他の保険者の健康保険を誤使用) 3. その他()								
⑮ 振込先 (被保険者名義)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義(カタカナで記入)				
			普通 当座						

上記のとおり請求します。

年 月 日

被保険者の住所 〒

氏名

電話番号

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

添付書類(※すべて原本を添付してください)

1. マイナ保険証不携帯、手続中による受診 ・領収証 ・診療(調剤)報酬明細書(医療機関・調剤薬局に依頼してください) ※診療報酬明細書(レセプト)は診療明細書(領収明細書)とは 異なります。 必ず診療報酬明細書を添付してください。	2. 返還請求 ・以前加入していた保険者(健保組合等)発行の領収証 ・診療(調剤)報酬明細書(以前加入していた保険者に依頼して ください)
---	--

◎請求書は医療機関ごと(調剤薬局も別用紙で記入要)・毎月ごと・受診者ごとにつき1枚記入して下さい。

※役所への申請等で領収証の原本が必要な場合は、その旨お申し出ください。「原本証明」を返却します。