

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被保険者証の記号・番号	記号 1 番号 12345	②被保険者の氏名	健保 太郎		
③事業所の名称	ヤンマーホールディングス株式会社		③籍を置いている会社名を記入してください。		
④被扶養者に関する申請の場合	氏名 健保 元気	生年月日	H30年7月1日	5才	続柄 (長男・長女等) 長男
⑤発病または負傷年月日	R3年11月10日		⑥傷病名	急性気管支炎	
⑦発病または負傷の原因	急に涼しくなったため、体調を崩した。				
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	⑧⑨が「はい」の場合は、請求不可です。	
⑩傷病の経過	薬を投与し、完治した。				
⑪診療を受けた医療機関(薬局)	名称 ○○総合病院	所在地	××市○○区△△4-5-6		
⑫診療または手当を受けた期間	R3年11月10日から R3年11月11日まで 2日間	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	⑬診療または手当に要した費用	12,400円 <small>給付額は7割または8割になります</small>	
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保険証不携帯 または 手続中による受診 2. 返還請求(他の保険者発行の保険証での誤使用による受診) 3. その他()		⑭保険証を持たずに受診(持参忘れ・保険証の発行待ち時期の受診)した場合は「1」を、ヤンマー健保の保険証以外で受診した場合は「2」を選択してください。		
⑮振込先(被保険者名義)	金融機関名 ○○銀行	支店名 △△支店	種別 普通 当座	0123456	ケンポ タロウ

上記のとおり請求します。

⑮被保険者(社員本人)の口座を記入してください。

R3年 12月 1日

被保険者の住所 〒123-4567

××市○○区△△1-2-3

氏名 健保 太郎

電話番号 06 (6123)4567

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)

下記対応する書類を準備し、請求書に添付し提出してください。

1. 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(調剤薬局も別途要)・暦月ごと・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。