

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)

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	②被保険者 の氏名	健保 太郎		
	番号 12345				
③事業所の名称	ヤンマー株式会社				
④被扶養者に関 する申請の場合	氏名 健保 元気	生年月日	S H 25年 9月 9日	被保険者 との続柄	長男
⑤発病または 負傷年月日	H25 年 9月 20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 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	⑨業務上または通勤途 上での傷病ですか	はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
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	名称 〇〇総合病院	所在地	△△市××町1-2-34		
⑫診療または手 当を受けた期間	H25 年 9月 20日 から H25 年 9月 21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	
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(他保険の保険証誤使用による受診) ③ その他()				
⑮ 振込先 (被保険者名義)	金融機関名 △銀行	支店名 ××支店	種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 当座	口座番号 0123456	名義(カタカナで記入) ケンボ タロウ

上記のとおり請求します。

平成25年 10月 1日

被保険者の住所 〒 123-4567

△△市××1-2-3

氏名 健保 太郎

健保

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.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(医療機関でもらえます) ※診療報酬明細書は診療明細書とは異なります。 必ずご確認ください。	2.返還請求 ・他保険発行の領収証 ・診療(調剤)報酬明細書(他保険よりもらえます)
---	--