

請求(記入)欄の太ワク内は必ず本人で記入し、医師、歯科医師の意見欄に記入証明印を
もらってから健保組合に請求して下さい。

健保受付印

療 養 費
第 二 家 族 療 養 費
一 部 負 担 還 元 金
家 族 療 養 費 付 加 金
高 額 療 養 費

請 求 書

(保存10年)

被保険者証の記号・番号			社員番号		会社名・事業所名						
フリガナ			被保険者の住所		〒						
被保険者の氏名			続柄		被扶養者生年月日		昭和 平成 令和		年 月 日 年 齡 才		
療養が被扶養者に関するときは、その方の氏名					傷病名		傷病の原因				
発病又は負傷の日(療養開始日)			令和 年 月 日		日間		診療又は手当に要した費用の額		¥ 領収書(証憑書)添付		
診察又は手当の期間			自 年 月 日 至 年 月 日		日間		診療又は手当に要した費用の額		¥ 領収書(証憑書)添付		
診療の内容					傷病が第三者行為のときは、その事実及び加害者の氏名及び住所						
療養の給付を受けることができなかった理由											
※任意継続被保険者、資格喪失者は振込先指定口座をご記入ください。従業員は事業所経由で給与にて給付いたします。											
振込先指定口座	金融機関名称		銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他()			支店名		本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所			
	預金種別		普通			口座番号(左つめ)					
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)											
目 名 ・ 支 給 額 (計 算 式)	療養費・第二家族療養費		被保険者 医療費総額 給付割合 支給額 ¥ × = ¥			被扶養者 医療費総額 給付割合 支給額 ¥ × = ¥					
	一部負担還元金・家族療養費附加金		被保険者 領収書金額 自己負担限度額 支給額 ¥ - ¥ = ¥			被扶養者 領収書金額 自己負担限度額 支給額 ¥ - ¥ = ¥					
	高額療養費		被保険者 領収書金額 自己負担限度額 支給額 ¥ - ¥ = ¥			被扶養者 領収書金額 自己負担限度額 支給額 ¥ - ¥ = ¥					
支 出 項 目	款 項 目		支給決定並びに支給同		常務理事	事務長	係員	支給決定額		支給決定年月日	
	保険給付費 法定給付費		療養費 第二家族療養費 一部負担還元金 家族療養費附加金		㊟	㊟	㊟	¥		令和 年 月 日	