

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				
●● - ●●●●		●●●●		東洋アルミニウム株式会社 八尾製造所				
フリガナ	トウヨウ タロウ			〒 581 - 0083				
被保険者の氏名	東洋 太郎			被保険者の住所 大阪府八尾市永畑町●-●-●●				
療養が被扶養者に関するときは、その方の氏名	トウヨウ ハナコ		続柄	被扶養者生年月日	昭和 平成 49 年 6 月 1 日 令和	年齢	51 才	
	東洋 花子		妻					
発病又は負傷の日(療養開始日)	令和 7 年 8 月 2 日			傷病名 ●●●●●●		傷病の原因 ウォーキング中に転倒		
診察又は手当の期間	自 7 年 8 月 4 日			1 日間	診療又は手当に要した費用の額	¥ 15,000	領収書(証憑書)添付	
	至 7 年 8 月 4 日							
診療の内容	創傷処置及び写真撮影			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	治療用装具代として							
振込先指定口座	※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。							
	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)	被保険者			被扶養者				
	療養費・ 第二家族療養費	医療費総額	給付割合	支給額	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			被扶養者				
	領収書金額	自己負担限度額	支給額	領収書金額	自己負担限度額	支給額		
	¥ - ¥	=	¥	¥ - ¥	=	¥		
高額療養費	被保険者			被扶養者				
	領収書金額	自己負担限度額	支給額	領収書金額	自己負担限度額	支給額		
	¥ - ¥	=	¥	¥ - ¥	=	¥		
支出項目	款	項	目	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