

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

T I S
インテックグループ健康保険組合

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の 記号・番号	記号		番号		② 被保険者の 氏名 生年月日	昭・平・令 年 月 日									
	③ 被保険者の 現住所	〒 -														
	④ 被保険者の 連絡先	(電話番号) (電子メール・アドレス)														
	⑤ 事業所の名称															
	⑥ 被扶養者に関する 申請のとき	氏名		生年 月日	昭・平・令 年 月 日	続柄										
	⑦ 傷 病 名					⑧ 発病・負傷の年月日 (装具装着指示日)	平成・令和 年 月 日									
	⑨ 発病又は負傷の 原因及びその経過															
	業務上や通勤途上で発生した 負傷等(労災)への該当	はい ・ いいえ				第三者行為 への該当	はい ・ いいえ									
	⑩ 診療を受けた病院等 の名称及び所在地	名称						医師氏名								
		所在地														
	⑪ 診療の期間 ※入院の場合は 入院期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで				日間	⑫ 入院・外来 の別	入院 ・ 外来								
	⑬ 診療の内容						⑭ 診療または 装具作成に 要した費用 の額	円								
⑮ 療養の給付を 受けることが できなかった理由	☐ 保険証の不携帯(理由：)⇒「診療報酬明細書」(※)と「領収書」原本															
	☐ 治療用装具装着 ⇒ 「医師の証明書」と「領収書」原本															
	☐ その他(小児治療用眼鏡／弾性着衣／その他) ⇒ 「医師の証明書」と「領収書」原本															
⑯ 振込先 (被保険者名義の 口座を指定)	銀行名				口座番号	1.普通 2.当座										
	支店名				名 義 (加付)											

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。											
	令和 年 月 日											
	被保険者の 住所 (請求者) 氏名											
	代理人の 住所 住 所 氏名		委任者と代 理人との関 係									
⑰ 振込先 (代理人名義の口座 を指定)	銀行名				口座番号	1.普通 2.当座						
	支店名				名 義 (加付)							

備考欄													⑰令和 年 月 日 提出
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------

※診療報酬明細書(または調剤報酬明細書)とは、「レセプト」ともいい、病院等が健保組合等へ送る請求書のことです。受診した際に窓口で渡されるものは「診療明細書」という簡易的なものであり療養費申請には使用できません。

受付日付印