

常務理事	事務長	担当者

被保険者・被扶養者 **療養費支給申請書** (第 回目)

神栄健康保険組合 御中

提出日： 年 月 日

被保険者証の 記号・番号	—		勤務する 事業所名称				
被保険者氏名				生年月日	年 月 日		
被保険者の住所	電話 ()						
被扶養者に関する 申請の場合	被扶養者 氏名			生年 月日	年 月 日	続 柄	
傷 病 名				発病又は 負傷年月日	年 月 日		
発病又は負傷の 原因・経過							
第三者行為に よるものですか	はい	はいの場合、 届出の有無	有 無	加害者氏名			
	いいえ			加害者住所			
診療又は手当を 受けた医療機関	名 称			所在地、電話 海外の場合は 国名	電話： ()		
	医師名						
診療又は 手当の内容							
診療又は手当 を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間	診療又は手当に 要した費用の額	円		
療養費 支給申請の理由	1. 緊急事態などによる被保険者証の不携帯 2. 誤って他の被保険証を使用 3. 治療用装具を作成した 4. 海外で受診した 5. その他 ()						
申請理由が 3 の場合	装具等の装着について 指示をうけた日		年 月 日	装具装着日	年 月 日		
委 任 状 ※退職者は記入不要	本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。 年 月 日 被保険者氏名 _____						
同 意 書 ※海外療養費の請求の 場合のみ記入	上記請求内容についての事実を確認するために、神栄健康保険組合が海外療養を担当した医師等 に対し照会を求めることに同意します。 年 月 日 被保険者氏名 _____						
振込希望の 金融機関 ※退職者・任意継続者 のみ記入	金融機関名			支 店 名			
	口 座 番 号	普通 ・ 当座		フ リ ガ ナ			
		No.		口 座 名 義			

(注)・医師の診療を受けた場合は、診療報酬明細書と領収書を添付してください。
 ・治療装具に関する請求の場合は、「医師の証明書」のほか費用の「領収書」を添付してください。
 ・海外療養費に関する請求の場合は、診療報酬明細書と領収書およびその日本語訳を添付してください。