

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 1 回目)

神栄健康保険組合 御中

提出日: 2021 年 10 月 20 日

被保険者証の 記号・番号	29 - 9999	勤務する 事業所名称	神栄株式会社 本社			
被保険者氏名	神栄 次郎		生年月日	1990 年 6 月 5 日		
被保険者の住所	神戸市中央区●●1丁目2番地3号 電話 078 (123) 4567					
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
傷 病 名	右膝靱帯損傷		発病又は 負傷年月日	2021 年 10 月 9 日		
発病又は負傷の 原因・経過	テニスの練習中に転倒 医師の指示により右足膝用の装具を作成。現在も通院治療中。					
第三者行為に よるものですか	はい いいえ	はいの場合、 届出の有無	有 無	加害者氏名		
				加害者住所		
診療又は手当を 受けた医療機関	名 称	京町整形外科		所在地、電話 海外の場合は 国名	神戸市中央区〇〇町9-9 電話: 078 (□□□) 9999	
	医師名	神戸 京子				
診療又は 手当の内容	右足膝用の装具の装着					
診療又は手当 を受けた期間	2021 年 10 月 11 日から 年 月 日まで		1 日間	診療又は手当に 要した費用の額	30,000 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	2021 年 10 月 11 日		装具装着日	2021 年 10 月 11 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。 2021 年 10 月 20 日 被保険者氏名 神栄 次郎					
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。