



健康保険 被保険者 療養費支給申請書

イオン健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり申請します。

平成 年 月 日

被保険者（請求者）記入欄	被保険者証の記号と番号		事業所の名称		部・室名		店名			
	被保険者の氏名				被保険者の住所	〒 -				
	昭和 年 月 日生					TEL ()				
	申請が被扶養者に関するその者の氏名		昭和 年 月 日生		被扶養者の生年月日		被保険者との続柄			
	傷病名 <small>(骨折・脱臼・椎間板ヘルニア等外傷性の場合には負傷届を添付して下さい)</small>				第三者行為によるものですか？		いいえ・はい			
	発病又は負傷の原因および経過		(いつ) 平成 年 月 日 午前・午後 時頃							
			(どこで)							
			(何をしていた)							
	診療を受けた等		名称		診療した医師氏名		業務(通勤)中ですか？		いいえ・はい	
	診療の期間		内容		装具装着日(領収書発行日)		診療に要した費用の額			
平成 年 月 日		入院・通院 (どちらかに○)		平成 年 月 日		円				
平成 年 月 日		日間		平成 年 月 日		(別紙証拠書類のとおり)				
保険医療機関等で療養の給付を受けることができなかった理由										
送金銀行 <small>*ゆうちょ銀行不可</small>		銀行信金		本店支店		口座番号		フリガナ 口座名義		
※1) 在籍者は、原則として給与口座(ゆうちょ銀行不可)をご記入下さい。受領を家族・会社などに委任する場合は、下記委任状の記入が必要です。										
※2) この委任状の欄は、被保険者名義以外の口座へ送金を希望される場合のみご記入下さい。										
委任状		イオン健康保険組合 理事長 殿				平成 年 月 日				
		本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 ※シャチハタ印は使用しないで下さい。								
		被保険者の住所		〒		被保険者の氏名と印		◎		
		代理人の住所		〒		代理人の氏名と印		◎ 被保険者との関係		
組合処理欄	査定		支給額		¥		台帳照会			
							被保険者		取得	
							被扶養者		喪失	
									認定	
支給決定		支給決定		決定		通知		取消		
決定年月日		事務長		課長		係		出納日印		
平成								平成		

※注意事項は裏面参照

【申請時の注意事項】

療養費の対象となるもの		添付書類
1	やむなく自費で診療を受けたとき ・やむなく非保険医のところに収容された場合 ・急病で保険証を持参せず自費で診療を受けた場合 など	<ul style="list-style-type: none"> ・領収書（原本）、 ・領収（請求）明細書または診療報酬明細書 ※領収証に保険点数の記載があれば不要
2	当健康保険組合の資格を取得した後、以前加入していた国民健康保険（社会保険）等で受診してしまい医療費を返還したとき	<ul style="list-style-type: none"> ・領収書（原本） または返金した際の納付書（原本） ・以前の保険者より渡される診療報酬明細書（写）
3	装具（コルセット）を装着したとき	<ul style="list-style-type: none"> ・領収書（原本） ・装具の内訳又は明細書（原本） ※領収証に内訳又は明細の記載があれば不要 ・医師の「意見書」または「装具装着証明書」（原本）
4	小児弱視等の治療で眼鏡やコンタクトを作成したとき	<ul style="list-style-type: none"> ・領収書（原本） ・眼科医の「治療用眼鏡等」の作成指示書および検査結果
5	四肢リンパ浮腫治療のための弾性着衣等を購入したとき	<ul style="list-style-type: none"> ・領収書（原本） ・医師の弾性着衣等の装着指示書（原本）
6	海外で療養を受けたとき	<ul style="list-style-type: none"> ・領収書（原本） ・診療内容明細書 ※ただし、これらの書類が外国語で記載されている場合には、翻訳文を添付すると同時に、翻訳者の住所、氏名の記載を要します。
7	輸血のため生血を購入したとき	<ul style="list-style-type: none"> ・血液量を記載した領収書（原本） ・輸血を必要と認めた医師の意見書
8	はり・きゅう、あん摩・マッサージなどの施術を受けたとき ※疲労回復や慰安を目的としたマッサージ、疾病予防のマッサージ等は支給対象外です。	<ul style="list-style-type: none"> ・施術内容（領収）明細書 ・領収書（原本） ・医師の同意書（はり・きゅう、あんま・マッサージの場合） ※同意書は初回には必ず原本が必要です。 ・同意書の有効期限 ①1日～15日までに医師が同意書を作成した場合、2ヶ月後の月末まで ②16日～月末までに医師が同意書を作成した場合、3ヶ月後の月末まで

※ 傷病名が骨折・脱臼・椎間板ヘルニア等、外傷性の場合は、「負傷届」を添付して下さい。

※ 第三者行為によるもの場合は、「第三者行為による負傷届」を添付して下さい。

※ 給付金の受領を他人（家族・会社など）に委任するときは「委任状」欄に必要事項を記入・捺印して下さい。

※ 自分の責任で保険証を提示できなかったときや、自分の意思で健康保険を扱っていない医療機関にかかったとき、保険証のコピーを使ったときなどは、払い戻しはされません。

領 収 (請 求) 明 細 書

〒261-8515 千葉県美浜区中瀬1丁目5番地1

(月 日から 月 日までの分)

イオン健康保険組合

氏名				本人	男	(明大昭平) 年生	職務上外の別	上・外			
				家族	女		療 療				
傷病名	(1) (2) (3)						診 開	(1) 年	月	日	
							療 始	(2) 年	月	日	
初 診 時間外・休日・深夜							診 療 実 日 数	転 ・ 帰			
再 診	再 来	診 算	x	回							
	外 来	加 算	x	回							
	時 間	外 日	x	回							
	休 深	夜	x	回							
指 導											
在 宅	往 診	回									
	夜 間	回									
	緊 急 ・ 深 夜	回									
	在宅患者訪問診療その他	回									
投 薬	②① 内 服	薬 剤	x	単 位							
	②② 屯 服	薬 剤		単 位							
	②③ 外 用	薬 剤		単 位							
	②⑤ 処 方		x	回							
	②⑥ 麻 毒		x	回							
	②⑦ 調 基		x	回							
	②⑧ 注 射	③① 皮下筋肉内		回							
	③② 静 脈 内		回								
	③③ そ の 他		回								
②⑨ 処 置	薬 剤		回								
②⑩ 手 術 酔	薬 剤		回								
②⑪ 検 査	薬 剤		回								
②⑫ 画 診 像 断	薬 剤		回								
②⑬ その他	処 方 せ ん		x	回							
	薬 剤			回							
②⑭ 入 院	入院年月日			年	月	日					
	病 群1 夜 a	②⑮入院料		x	日						
				x	日						
				x	日						
			②⑯入院時医学管理料		x	日					
					x	日					
				x	日						
②⑰ 特 入 ・ そ の 他											
合 計		点									

(注) 領収請求(明細書の記載は診療報酬請求明細書に準じて記載して下さい)。
領収請求(明細書)明細書にかえて診療報酬請求明細書を使用しても差し支えありません。
4.3.2.1. 保険薬局は、領収請求(明細書)にかえて調剤報酬請求明細書を使用して下さい。
入院の場合の部屋代の差額等は記載しないで下さい。

上記明細書のとおり金
平成 年 月 日

円を領収しました。
請求します。

(印)