

被保険者 療 養 費 支給申請書  
被扶養者 療 養 費 付 加 金 (第 回 目)

事業主へ令和 年 月 日提出

① 被保険者(申請者)

⇒  
②

＜事業所名＞	
マネージャー	担当者

⇒  
③

ENEOSグループ健康保険組合

私(申請者)は、ENEOSグループ健康保険組合が必要と認めるとき、私にかわって医療機関等に対し、私の病気・けがの状況、治療方法を照会することに予め同意いたします。

私(申請者)は、給付業務に必要な個人情報をENEOSグループ健康保険組合が使用することについて、この届出により承諾いたします。  
なお、当健保組合のホームページに個人情報の管理方法等の詳細が掲載されています。

被保険者記号	番号	会社名 (出向者は出向元)		
被保険者氏名 <small>(フリガナ)</small>	本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。(任継を除く)		事業所・所属	
生年月日	昭和・平成 年 月 日			
被保険者住所	〒 - 電話番号 ( ) -			
療養が被扶養者 に関するとき	氏名	生年月日 昭和・平成 ・令和 年 月 日	続柄	
傷病名		発病または負傷 の年月日	平成 令和 年 月 日	
診療または手当 を受けた 病院・診療所	名称	〒 - 電話番号 ( ) -		
	所在地			
第三者の行為によるものか	はい ・ いいえ	業務上によるものか	はい ・ いいえ	
療養の給付を受ける ことができなかった理由 (該当項目にチェック)	□ 保険証等 不携帯のため	保険証等を提示せず 診療を受けた理由		
		診療を受けた日 または期間	通院 入院 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	
		診療または手当 の内容	診療等に 要した費用 円	
	□ 治療用装具を 装着したため (※注1)	負傷時の状況および 治療用装具を装着 することとなった理由		
		治療用装具の代金を 支払った日	令和 年 月 日	治療用装具の 費用 円
	□ その他 鍼灸マッサージ 移送費 生血	発病又は負傷の 原因及びその経過		
診療を受けた日 または期間		通院 入院 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
診療または手当 の内容			診療等に 要した費用 円	
添付書類	保険証不携帯 その他	□ 領収書(原本)および診療報酬明細書(写)(治療内容ごとの保険点数が記載された明細書) □ 鍼灸・マッサージの場合は、領収書(原本)および治療内容がわかる明細書および医師の同意書(原本)		
	治療用 装 具	□ 装着者氏名宛の領収書(原本)および治療用装具の内容がわかる明細書 □ 医師の証明書(原本) (小児弱視等治療用眼鏡作成の場合は、弱視等治療用眼鏡等作成指示書(原本)) □ 靴型装具の場合はその写真		

※注1 治療用装具には耐用年数(修理不能となるまでの予想年数)があります。原則として、耐用年数以内での新品購入は認められません。  
詳しくは当健保組合までお問合せください。

健康保険組合 処理欄	法定	支給金額	法定					事務 処理 データ ク・
	付加		付加					
			合計					

受付日付印