

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 〇〇年〇〇月〇〇日提出

① 被保険者(申請者)

⇒
②

＜事業所名＞ 〇〇〇〇株式会社	
マネージャー 健保一郎	担当者 健保次郎

⇒
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、治療方法等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	1234	番号	1234567	会社名 (出向者は出向元)	〇〇〇〇株式会社	
被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	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	本社 総務部	
生年月日	昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日					
被保険者住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-1					
療養が被扶養者 に関するとき	氏名	健保 花子	生年月日	昭和(平成) 〇〇年 〇〇月 〇〇日	続柄 長女	
傷病名	脳梗塞		発病または負傷 の年月日	平成(令和) 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
診療または手当 を受けた 病院・診療所	名称	〇〇病院				
	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町100				
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(該当項目)が できなかった理由 (該当項目に チェックが 付いた場合)	<input checked="" type="checkbox"/> 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	マイナンバーカードを持たず旅行に行き、旅先で倒れ意識がない状態で病院に運ばれ、 緊急手術となったため。			
		診療を受けた日 または期間	通院 入院	令和 〇〇年〇〇月〇〇日から	令和 〇〇年〇〇月〇〇日まで	〇〇日間
		診療または手当 の内容	手術	診療等に 要した費用	〇〇〇, 〇〇〇 円	
	<input type="checkbox"/> 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	平成 令和	年 月 日	治療用装具の 費用	円
		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				
<input type="checkbox"/> その他 鍼灸・マッサージ 移送費 生血	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 その他	<input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)				
添付書類 治療用 装具	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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)) <input type="checkbox"/> 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・ チェック
	付加		付加					
	合計		合計					

受付日付印