

どちらかを選択 被保険者 家 療養費請求書

西武健康保険組合理事長 殿

No.

被 保 者 記 入 欄	被保険者等	記号	100		番号	12345				
	被保険者の	会社名	〇〇〇〇株式会社		所属	〇〇部				
		氏名	西武 太郎							
		住所	(〒〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇							
		生年月日	昭和 平成	58	年 10 月 3 日	資格取得日	昭和 平成 令和	2 年 4 月 1 日		
	療養が被扶養者に關するときはその方の	氏名	西武 康平		続柄	長男				
		生年月日	昭和・平成 令和	3	年 7 月 21 日	被扶養者認定日	昭和・平成 令和	3 年 7 月 21 日		
	傷病名	感染性胃腸炎								
	発病又は負傷の原因及びその経過	ノロウイルスによる発熱・嘔吐・下痢								
	第三者の行為によるものですか	いいえ ・ はい								
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局、施術所等	名称	〇〇〇〇病院								
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇								
	医師・薬剤師・施術者の氏名	〇〇 〇〇								
療養の期間	令和 3 年 7 月 25 日 ~ 令和 3 年 7 月 25 日 1 日間									
上記期間中の入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間									
療養の内容	診察、薬の処方									
療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> マイナ保険証の登録、資格確認書の交付がされる前に受診したため <input type="checkbox"/> 被保険者証不携帯のため (理由:) <input type="checkbox"/> 以前の被保険者証で受診したため <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証不携帯のため (理由: 旅行中の急病) <input type="checkbox"/> 受領委任払いを行っていないため(はり・きゅう、あんま・マッサージ) <input type="checkbox"/> その他 ()									
振込金融機関	銀行名	〇〇〇 銀行	支店名	〇〇〇〇 本店	口座種目	1 普通	口座番号(右詰めで記入)	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	口座名義(カタカナ)	セイブ タロウ
	信用金庫 信用組合 農協	ゆうちょ銀行	通帳記号	1	0	通帳番号		1	口座名義(カタカナ)	

【添付書類】申請内容により異なります。次のページをご参照ください。

押印欄	事業所	印	印	印	所 属	印	印	印
-----	-----	---	---	---	--------	---	---	---

健康保険支給決議書

健 保 記 入 欄	款	保険給付費	項	法定給付費	目	療 養 費 第二家族療養費
	受付年月日	支給決定額			円	
		付加給付金			円	
		備考			治療用器具 立替 生血 はり・きゅう あんま・マッサージ その他	
	支給日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	会計	給付