

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 険 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
	療養が被扶養者に関するときはその方の	氏名			続柄	
		生年月日	昭和・平成 令和	年 月 日	被扶養者 認定日	昭和・平成 令和 年 月 日
	傷病名	腰椎椎間板ヘルニア				
	発病又は負傷の原因及びその経過	持病の腰痛が悪化し、下肢に激痛やしびれが生じた				
	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	装具の装着					
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"/> 治療用装具製作所が保険契約なきため <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	支店名	口座種目	口座番号(右詰めで記入)	口座名義(カタカナ)	
	〇〇〇 銀行 信用金庫 信用組合 農 協	〇〇〇〇 本店 支店 出張所	1 普通 2 当座	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	セイブ タロウ	
	通帳記号	通帳番号		口座名義(カタカナ)		
	ゆうちょ銀行	1	0		1	

【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			治療用装具 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	