

どちらかを選択

被保険者
 家族

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
	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	腰痛症														
	発病又は負傷の原因及びその経過	原因は不明だが、整形外科にて治療するも痛みが改善せず、医師に鍼灸の施術を受けるよう指示された														
	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	はり・きゅう併用(電気針使用)															
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 type="checkbox"/> 治療用器具製作所が保険契約なきため <input checked="" 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	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	〇〇〇 銀行	支店名	出張所	2 当座	通帳記号	1	通帳番号	0	口座名義(カタカナ)	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