

健 保 組 合				事業所
常務理事	事務長		担当者	確認印

( 被保険者・被扶養者 )

# 療養費支給申請書

申請日 年 月 日

高島屋健康保険組合理事長 殿

住 所  
被保険者  
氏 名 ㊟

下記のとおり請求します。

保険証の記号・番号	—		事業所名・店名			
診療を受けた者	氏名		生年月日	年 月 日	続柄	
傷 病 名			発病または 負傷の年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
負 傷 の 原 因 等	どこで					
	どのような					
傷 病 の 経 過				第三者の行為による負傷の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
診療または手当てを受けた医療機関	名称			所在地		
申 請 事 由	<input type="checkbox"/> コルセット等の治療用装具装着のため <input type="checkbox"/> 保険証を持参せず受診したため <input type="checkbox"/> 保険証交付前に受診したため <input type="checkbox"/> その他 ( )					

委 任 状	年 月 日
	私は 事業主 を代理人と定め、次の権限を委任する。 年 月 日請求した(被保険者・被扶養者)療養費の受領に関すること。
	被保険者の住所 氏名 <span style="float: right;">㊟</span>
	代理人の住所 氏名 <span style="float: right;">㊟</span>

※健保記入欄

資格取得日	年 月 日	支 給 日	年 月 日
資格喪失日	年 月 日	支 給 額	円

受 付 印

(注意事項) 保険証を持参しなかったための申請のときは、「領収証」「診療報酬明細書(レセプト)」の原本を添付してください。  
コルセット等の治療用装具の申請のときは、「医師の証明書(指示書)」のほかこれに要した「領収証」の原本を添付してください。