療養費請求書(立替払用)

家 族

	下記のとおり請求します。 なお、この金額の受領を、○○○○○機 に委任します。										
	被保険者証 記号-番号	1 — 123456	氏 名		健保 太郎						
被	被保険者住所	₹ 000-0000									
		TEL(000) 000 — 0000									
保	所 属	(ポストNo. A000)									
	ウセ) > 月月. トッ	TEL(000)000 - 0000 (内線 00000) 家族 健保 花子									
	家族に関する 申請のとき	家族 健保 氏名	. — .	H•R 00	年 00 月 00 日	続 生 柄	子				
	傷病名	0000000									
険	発病又は負傷の 年月日	平成・令和	00年 00月	1 00 日	午前午後	00	時頃				
-tv.	発病又は負傷の 原因(具体的に)	(どこで) (どうした)・・・・具体的に									
		第三者の行為によるものですか。(はい・いいえ)									
者	傷病の経過	(治癒、治療継続中、経過良好、など…)									
	診療を受けた	名称 ○○○(00000	所在地	00市00町0)OO-C)				
記	医療機関又は調剤薬局	7713			TEL(000) 000 - 0000						
	診療を受けた期間	平成 令和	00年 00		日から						
		平成 (令和)	00 年 00	月 00	日まで	(00	日間)				
入	診療に要した 費用の額					00,000	円				
		 入社、または扶養家族の追加申請をして間もなく、被保険者証が届いていなかったため 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を携帯していなかったため 									
	療養費の支給申請理由										
欄	※該当する番号にチェック、	3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため									
1	または、詳細理由をご記入 ください。	4. その他 (_{理由)}									
	***********	(在四)									

【添付書類】

- ●次の書類を添付して、月ごと、医療機関・調剤薬局ごとに作成してください。
 - ① 領収書(原本)
 - ②・医療機関を受診した場合…**医療機関発行の診療報酬明細書(レセプト)**※傷病名の記載のない診療明細書等は診療報酬明細書(レセプト)ではありませんのでご注意ください。
 ※本紙裏面に見本を掲載しております。
 - ・調剤薬局を受診した場合…調剤薬局発行の調剤報酬明細書(調剤レセプト)

※療養費支給証明書が必要な方へ

自己負担分について自治体の医療費助成制度(乳児医療など)に請求される場合などで、 証明書が必要な方は、別途、「健康保険関係証明申請書」(4.療養費支給証明書を選択)を ご提出ください。 療養費支給日以降に証明書を発行いたします。

支	領収書発行日	R	年	月	目	常務理事	事務長	係	受
給決	給付対象額				円				
定欄	支給決定額				円				

受 付 印

【支給について】

毎月、月末で受付けを締め切り、翌月被保険者の事業所に支給します。 (療養費請求書の中で、受領を事業所に委任していただいています。) 事業所から保険給付金として支払われます。

【注意事項】

原本返却希望がありましたら、**返送用の封筒(宛先記入、社外便の場合は切手も貼付)を添付**し、 領収書に「返却希望」とメモをつけていただくよう、お願いいたします。

【問合わせ先】

マツダ健康保険組合

〒734-0064 広島市南区小磯町1番1号 Li 外線:(082)287-4644 内線:22860

● 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバー(個人番号)により申請することも可能です。 その場合は、次の備考欄へマイナンバーを記載していただくとともに、個人番号確認、本人確認を するための添付書類が必要です。

備考欄

【診療報酬明細書(レセプト)見本】

