

被保険者ご本人が診療を受けた場合

支給総額	常務理事	事務長	担当

療養費支給申請書

被保険者ご本人のお名

シャチハタ不可

UACJ健康保険組合

所属	被保険者証		氏名
スラブ鑄造	1	0 0 - 9 9 9 9 9 9 9	健保 太郎 (印)
診療を受けた者の氏名	生年月日		被保険者との続柄
健保 太郎	昭平・令	3 3 年 9 月 1 0 日	本人
傷病名	発病または負傷年月日		第三者行為によるものですか
半月板断裂	平令	4 年 1 0 月 6 日	はい ・ いいえ
発病または負傷の原因及びその経過			
いつ	令和4 年 10 月 5 日 (水) 19 時		分頃
どこで	家の階段		
何をしています	掃除中		
相手方	氏名:	住所:	電話: ()
診療を受けた病院等の名称		診療した医師の氏名	
〇〇病院		〇〇医師	
診療を受けた病院等の所在地			
〇〇県〇〇市〇〇町			
診療の期間	診療の内容	診療に要した費用	
自 令和4 年 10 月 6 日	左足底装具の装着	¥ **, ** *	
至 令和4 年 10 月 6 日			

療養の給付を受けることが出来なかった理由(該当する番号に○印をつけて下さい)

1. 保険医または保険者の指定するものがない地域での受診事由が発生したとき
2. 傷病が緊迫した状態で保険医外の医師に受診したとき
3. 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律により收容され当然受けるべき療養の給付を受けなかったとき
- ④ 歩行補聴器、コルセット、間接固定器の治療材料を必要とするとき
5. 柔道整復師等に骨折の応急措置を受けたとき
6. その他()

(注) 1. 領収(診療)明細書を添付して下さい。
 2. 傷病が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を添付して下さい。

委任状

私は 年 月 日 を代理人と定め、次の権限を委任する。
 請求した療養費のうち 円也の受領に関する事。この金額欄は記入不要です

令和4 年 10 月 7 日
 被保険者の住所 〇〇県〇〇市〇〇町
 (請求者) 氏名 健保 太郎 (印)

シャチハタ不可

代理人 住所
 氏名 (印)

振込希望の 金融機関名	金庫 銀行 組合	支店	普通 No. 当座
----------------	----------------	----	-----------------

※振り込み先の金融機関を変更したい場合は、健康保険組合まで申し出てください。