

(被保険者・家族)療養費支給請求書

立替払等の場合

九電工健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、療養費を請求します。

請求日		令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
被保険者証の 記号・番号	記号 9 番号 99999	個人番号(12桁)	左欄に「記号・番号」を記入の場合は不要
被保険者氏名	九工 太郎	生年月日	☐ 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ☒ 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
住所 電話番号	〒(815 - 0081) 福岡市南区那の川〇丁目〇番〇号 日中に連絡可能な電話番号 (000 - 000 - 0000)		
事業所 所属 社員番号	会社名 株式会社●● 支店・営業所・部門 ▲▲支店 社員番号 (987654)		
受診者	☐ 被保険者本人 ☒ 家族 (被扶養者)	氏名 九工 花子	生年月日 ☐ 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ☒ 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ☐ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
傷病名	急性咽頭炎	発病または 負傷年月日	☐ 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ☒ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
発病または 負傷の原因・状況	第三者の行為によるものである 旅行先で発熱したため、病院へ行った ☐ はい ☒ いいえ 「はい」の場合は、『第三者行為による傷 病届』を提出してください。		
立替払等 の場合		装具装着 の場合	
療養の給付を受け ること(被保険者証 の使用)が出来な かった理由	☒ 被保険者証を携帯せずに受診した為 ☐ 他の保険者の被保険者証を使用した為 ☐ その他()	☐ 治療用装具の作成・販売業者が 保険医療機関ではないため	☐ はり・きゅう・按摩・マッサージの 施術を受けたため
診療を受けた日	令和 4 年 1 月 10 日から 4 年 1 月 10 日まで (1)日間	装具等の装着の指示を受けた日 令和 年 月 日 装具の装着・購入日 令和 年 月 日	令和 年 月 日から 年 月 日まで ()日間
診療の内容	※医療期間発行の 診療(調剤)報酬明細書・医師の証明書を 添付	※医療機関・業者発行の医証・ 作成指示書・装着証明書を添付	※施術者発行の 療養費支給申請書を添付
療養に要した 費用の額	12,360 円	円	円
九電工健康保険組合が支給決定を行うにあたり、必要に応じて医療機関、事業所、保険者、官公庁等に照会することに同意します。 また、在職期間中の請求の場合は、本請求書に基づく給付金の受領を事業主に委任します。			
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		被保険者 自筆署名 九工 太郎	

※ 提出前に記入および添付書類の
不備がないようにご確認ください。

【添付書類】 いずれも原本

☐ 立替払等の場合

・領収書
・診療(調剤)報酬明細書

☐ 装具装着の場合

・領収書、明細書
・装具装着の指示、装着の証明が記載された書類
(医証・装具作成指示書・装着証明書)

☐ はり・きゅう等の場合

・領収書
・施術者発行の療養費支給申請書
・医師の同意書
(初療の日から6カ月を過ぎて、さらに施術を受ける場合は、新たに同意書を添付してください)

※領収書原本を返却希望の方

領収書の原本と併せて、コピーを提出してください。
支給審査後、原本に支給証明を記載し、返却いたします。

事業所担当者名・受付日の記入、または押印	
受付日:令和 〇 年 〇 月 〇 日	または 担当者 日付印
社会保険労務士 確認欄	
必要に応じて、社会保険労務士 記載	

健保組合 担 当

健保組合 受付印

(被保険者・家族)療養費支給請求書

眼鏡・装具の購入・装着の場合

九電工健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、療養費を請求します。

請求日		令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
被保険者証の 記号・番号	記号 9 番号 99999	個人番号(12桁)	左欄に「記号・番号」を記入の場合は不要
被保険者氏名	九工 太郎		生年月日 ☐ 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ☒ 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
住所 電話番号	〒(815 - 0081) 福岡市南区那の川〇丁目〇番〇号 日中に連絡可能な電話番号 (000 - 000 - 0000)		
事業所 所属 社員番号	会社名 株式会社●● 支店・営業所・部門 ▲▲支店 社員番号 (987654)		
受診者	☐ 被保険者本人 ☒ 家族 (被扶養者)	氏名 九工 花子	生年月日 ☐ 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ☒ 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ☐ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
傷病名	右膝前十字靱帯損傷		発病または 負傷年月日 ☐ 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ☒ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
発病または 負傷の原因・状況	第三者の行為によるものである □ はい ☒ いいえ 「はい」の場合は、『第三者行為による傷 病届』を提出してください。		
	立替払等 の場合	装具装着 の場合	はり・きゅう等 の場合
療養の給付を受け ること(被保険者証 の使用)が出来な かった理由	☐ 被保険者証を携帯せずに受診した為 ☐ 他の保険者の被保険者証を使用した為 ☐ その他()	☒ 治療用装具の作成・販売業者が 保険医療機関ではないため	☐ はり・きゅう・按摩・マッサージの 施術を受けたため
診療を受けた日	令和 年 月 日から 年 月 日まで ()日間	装具等の装着の指示を受けた日 令和 4 年 1 月 10 日 装具の装着・購入日 令和 4 年 1 月 23 日	令和 年 月 日から 年 月 日まで ()日間
診療の内容	※医療期間発行の 診療(調剤)報酬明細書・医師の証明書を 添付	※医療機関・業者発行の医証・ 作成指示書・装着証明書を添付	※施術者発行の 療養費支給申請書を添付
療養に要した 費用の額	円	23,500 円	円
九電工健康保険組合が支給決定を行うにあたり、必要に応じて医療機関、事業所、保険者、官公庁等に照会することに同意します。 また、在職期間中の請求の場合は、本請求書に基づく給付金の受領を事業主に委任します。			
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		被保険者 自筆署名 九工 太郎	

※ 提出前に記入および添付書類の
不備がないようにご確認ください。

【添付書類】いずれも原本

- ☐ 立替払等の場合
・領収書
・診療(調剤)報酬明細書

- ☐ 装具装着の場合
・領収書、明細書
・装具装着の指示、装着の証明が記載された書類
(医証・装具作成指示書・装着証明書)

- ☐ はり・きゅう等の場合
・領収書
・施術者発行の療養費支給申請書
・医師の同意書
(初療の日から6カ月を過ぎて、さらに施術を受ける場合は、新たに同意書を添付してください)

※領収書原本を返却希望の方

領収書の原本と併せて、コピーを提出してください。
支給審査後、原本に支給証明を記載し、返却いたします。

事業所担当者名・受付日の記入、または押印	
受付日: 令和 〇 年 〇 月 〇 日	または 担当者 日付印
社会保険労務士 確認欄	
必要に応じて、社会保険労務士 記載	

健保組合 担 当	健保組合 受付印

(被保険者・家族)療養費支給請求書

はり・きゅう等の場合

九電工健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、療養費を請求します。

				請求日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
被保険者証の 記号・番号	記号 9	番号 99999	個人番号(12桁)	左欄に「記号・番号」を記入の場合は不要	
被保険者氏名	九工 太郎		生年月日	☐ 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ☒ 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
住所 電話番号	〒(815 - 0081) 福岡市南区那の川〇丁目〇番〇号 日中に連絡可能な電話番号 (000 - 000 - 0000)				
事業所 所属 社員番号	会社名 株式会社●●		支店・営業所・部門 ▲▲支店	社員番号 (987654)	
受診者	☐ 被保険者本人	☒ 家族 (被扶養者)	氏名 九工 花子	生年月日 ☐ 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ☒ 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ☐ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
傷病名	頸腕症候群		発病または 負傷年月日	☐ 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ☒ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
発病または 負傷の原因・状況	第三者の行為によるものである ☐ はい ☒ いいえ 「はい」の場合は、『第三者行為による傷 病届』を提出してください。				
	立替払等 の場合		装具装着 の場合		はり・きゅう等 の場合
療養の給付を受け ること(被保険者証 の使用)が出来な かった理由	☐ 被保険者証を携帯せずに受診した為 ☐ 他の保険者の被保険者証を使用した為 ☐ その他()		☐ 治療用装具の作成・販売業者が 保険医療機関ではないため		☒ はり・きゅう・按摩・マッサージの 施術を受けたため
診療を受けた日	令和 年 月 日から 年 月 日まで ()日間		装具等の装着の指示を受けた日 令和 年 月 日 装具の装着・購入日 令和 年 月 日		令和 4 年 1 月 4 日から 4 年 1 月 30 日まで (4)日間
診療の内容	※医療期間発行の 診療(調剤)報酬明細書・医師の証明書を 添付		※医療機関・業者発行の医証・ 作成指示書・装着証明書を添付		※施術者発行の 療養費支給申請書を添付
療養に要した 費用の額	円		円		7,860 円
九電工健康保険組合が支給決定を行うにあたり、必要に応じて医療機関、事業所、保険者、官公庁等に照会することに同意します。 また、在職期間中の請求の場合は、本請求書に基づく給付金の受領を事業主に委任します。					
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日				被保険者 自筆署名 九工 太郎	

※ 提出前に記入および添付書類の
不備がないようにご確認ください。

【添付書類】 いずれも原本

- ☐ 立替払等の場合
・領収書
・診療(調剤)報酬明細書

- ☐ 装具装着の場合
・領収書、明細書
・装具装着の指示、装着の証明が記載された書類
(医証・装具作成指示書・装着証明書)

- ☐ はり・きゅう等の場合
・領収書
・施術者発行の療養費支給申請書
・医師の同意書
(初療の日から6カ月を過ぎて、さらに施術を受ける場合は、新たに同意書を添付してください)

※領収書原本を返却希望の方

領収書の原本と併せて、コピーを提出してください。
支給審査後、原本に支給証明を記載し、返却いたします。

事業所担当者名・受付日の記入、または押印	
受付日:令和 〇 年 〇 月 〇 日	または 担当者 日付印
社会保険労務士 確認欄	
必要に応じて、社会保険労務士 記載	

健保組合 担 当	健保組合 受付印