

支給 決議 書	支給額	円	資格取得年月日	年	月	日								
	期 間	年	月	日	から	年	月	日	まで	日間	資格喪失年月日	年	月	日
	備考													

被保険者
被扶養者療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	記号 100 番号 1234567	② 被保険者の氏名・押印	健保 太郎		
	③ 被保険者の住所	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1				
	④ 日中連絡の取れる電話番号	自 宅	000-000-0000	勤務先	111-111-1111	
	⑤ 被保険者が勤務している会社名	〇〇〇〇株式会社 〇〇支店				
	⑥ 傷 病 名	椎間板ヘルニア		⑦ 発 病 又 は 負 傷 年 月 日	令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	⑧ 発病又は負傷年月日の原因	不明				
	⑨ 診 療 を 受 け た 医 療 機 関 の	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町200		名 称	〇〇〇〇病院
	⑩ 診 療 の 内 容	コルセット装着				
	⑪ 診 療 の 期 間	令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から 令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 まで 〇〇 日間			⑫ 診療に要した 費 用 の 額	〇〇〇〇 円
	⑬ 上の⑪の期間中で入院した期間	令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~		令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 迄		
	⑭ 療養の給付を受けられなかった理由	治療用装具装着のため				
	⑮ 被扶養者に関する 申請の時はその者の	氏 名	生 年 月 日		被保険者との続柄	
		健保 花子	昭平 令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		妻	
	⑯ 振 込 希 望 口 座	〇〇 銀行 〇〇 支店	普通 当座	0000000	フリガナ 名義人氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎
⑰ 委 任 状	私は _____ を代理人と定め、上記のとおり申請した療養費の 受領方を委任します。 令和 年 月 日 被保険者住所 被保険者氏名					

【注 意 事 項】

- 治療用装具代及び小児用眼鏡の申請をする場合
(治療用装具)『医療担当者による装着証明書』及び『領収書』(原本)
(小児用眼鏡)『医療担当者による眼鏡装着に係る指示書』及び『領収書』(原本)
- 自費診療代の申請をする場合
以下の書類を添付して下さい。
『診療報酬明細書』
『領収書』(原本)
- 訂正した場合は、二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。
- 提出された請求書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。
(請求書不備の場合は除く)

【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー(基本方針)則り、取り組みを推進しています。

※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護のために必要である場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲で速やかに対応させていただきます。

〒542-0072 大阪府大阪市中央区高津3丁目15番2号 U-NEXT HOLDINGS健康保険組合 TEL 06-6647-8484
FAX 06-6647-8485