

旭化成健康保険組合 殿

<健保受付>

伝票番号

旭化成健康保険組合

本人(被保険者)

家 族

療養費・付加金支給申請書

本人(被保険者)記入	被保険者証の記号・番号(記号はどちらかを○)		本人(被保険者氏名)		朱肉使用	連絡先(TEL)			
	20				印	(職場・自宅)どちらかに○			
	・					()			
	21								
	所 属								
	患 者 氏 名		傷 病 名						
	発病・負傷の原因、 及 び 経 過								
	第三者行為による もの ですか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
	「はい」の場合は、 内容、第三者の氏 名、住所を記入し てください。								
	被保険者証を使用 できなかった理由 (具 体 的 に)		1 療養費(自費診療分) 2 治療用装具代 3 弱視用眼鏡、弱視用コンタクト作成 4 その他()						
お住いの自治体名 (市 区 町 村 名)									
診 療 を 受 け た 期 間	入 院 期 間	平成・令和	年	月	日	～ 平成・令和	年	月	日
	通 院 期 間	平成・令和	年	月	日	～ 平成・令和	年	月	日
診 療 を 受 け た 病 院 名、病院所在地、 医師の氏名を記入 してください。	病 院 名 :								
	所 在 地 :								
	医 師 の 氏 名 :								
上記のとおり申請いたします。		令和	年	月	日				

必要提出書類(全て原本) 提出前にご確認ください。

1. 一般診療の場合

- この申請書
- 医師の治療内容の内訳
- 診療費明細書兼領収証

2. 治療用装具(コルセット等)の場合

- この申請書
- 治療上必要であるという医師の証明書
- 領収証
- 写真(靴型装具の場合)

3. 弱視用眼鏡・コンタクト

- この申請書
- 医師の指示書または処方箋
- 領収証

*この申請書は、補装具・ギプス・コルセット・弱視用眼鏡・弱視用コンタクト等を作成した時、又は保険証未使用による全額自己負担の時に提出してください。保険適用外の治療などの場合には、該当しません。

<注意>修正する場合は、必ず訂正印を押してください。(修正液等不可)

旭化成健康保険組合 殿

記入例



本人(被保険者)

家族

療養費・付加金支給申請書

本人(被保険者)記入	被保険者証の記号・番号(記号はどちらかを○)		本人(被保険者氏名)		朱肉使用	連絡先(TEL)
	20	1234567	健保 太郎		健保	(職場・自宅)どちらかに○ 0982 (22)2912
	21					
	所属	旭化成 ○○工場 ○○課				
	患者氏名	健保 太郎	傷病名	骨折		
	発病・負傷の原因、及び経過	スキーの際に転倒し骨折。現在、治療継続中				
	第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
	「はい」の場合は、内容、第三者の氏名、住所を記入してください。					
	被保険者証を使用できなかった理由(具多的に)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 療養費(自費診療分) <input checked="" type="checkbox"/> 2 治療用装具代 <input type="checkbox"/> 3 弱視用眼鏡、弱視用コンタクト作成 <input type="checkbox"/> 4 その他()				
	お住いの自治体名(市区町村名)					
診療を受けた期間	入院期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日				
	通院期間	平成・令和 元 年 5 月 1 日 ~ 平成・令和 元 年 5 月 20 日				
診療を受けた病院名、病院所在地、医師の氏名を記入してください。	病院名 : ○○○病院 所在地 : ○○市△△町◇丁目 医師の氏名 : ○○ ○○					
上記のとおり申請いたします。 令和 元 年 5 月 23 日						

必要提出書類(全て原本) 提出前にご確認ください。

- | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|
| 1.一般診療の場合 | 2.治療用装具(コルセット等)の場合 | 3.弱視用眼鏡・コンタクト |
| <input type="checkbox"/> この申請書 | <input type="checkbox"/> この申請書 | <input type="checkbox"/> この申請書 |
| <input type="checkbox"/> 医師の治療内容の内訳 | <input type="checkbox"/> 治療上必要であるという医師の証明書 | <input type="checkbox"/> 医師の指示書または処方箋 |
| <input type="checkbox"/> 診療費明細書兼領収証 | <input type="checkbox"/> 領収証 | <input type="checkbox"/> 領収証 |
| | <input type="checkbox"/> 写真(靴型装具の場合) | |

*この申請書は、補装具・ギブス・コルセット・弱視用眼鏡・弱視用コンタクト等を作成した時、又は保険証未使用による全額自己負担の時に提出してください。保険適用外の治療などの場合には、該当しません。

<注意>修正する場合は、必ず訂正印を押してください。(修正液等不可)