

◎請求書
二、輸血の注
標上血題の
及の注意
被
コ
ル
保
セ
者
ッ
被
扶
養
者
は
該
当
に
関
す
る
字
を
請
う
と
困
ん
で
く
だ
さ
い
。
医
師
の
証
明
書
の
ほ
か
、
こ
れ
に
要
し
た
費
用
の
「
領
収
書
」
を
添
付
し
て
く
だ
さ
い
。

記入例

被保険者 療養費支給申請書
被扶養者

被 保 険 者 等 号	記 号	番 号	従 業 員 番 号
被 記 号 ・ 番 号	1	11111	
所 属 事 業 所 名	ヨドバシカメラ ○○店		電話 (内線) ○○-○○○○-○○○○
傷 病 名	急性胃腸炎	発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	令和 ○○年 ○○月○○日
発 病 又 は 負 傷 の 原 因	発病又は負傷の原因をご記入ください		
傷 病 の 経 過	診療・投薬により治癒		
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 医 療 機 関 の 名 称 ・ 所 在 地 及 び 医 師 の 氏 名	名称	○○○○病院	所 在 地 及 び 電 話 番 号
	氏名	○○ ○○	東京都○○区○○番地○○号 電話 ○○ (○○○○) ○○○○
診 療 又 は 手 当 の 内 容	内服薬処方	入 院 期 間	自令和 ○○年 ○○月 ○○日 至令和 ○○年 ○○月 ○○日
		コルセット装着日	令和 ○○年 ○○月 ○○日
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 期 間	自令和 ○○年 ○○月 ○○日 至令和 ○○年 ○○月 ○○日	○日間	診療又は手当に要した費用の額 金 10,000 円也
診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生労働大臣が定める療養を含むときはその旨	支払った金額		
被保険者証で診療又は手当を受けることができなかった理由	保険証を忘れ全額負担したため 第三者の行為による負傷である		
第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	無	加害者の氏名
			加害者の住所
被扶養者に関する申請のとき	氏名	健保 花子	生年 昭和 平成 令和 ○○年○月○○日 被保険者との続柄 妻
上記のとおり申請します。 令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日 (〒○○○ - ○○○○) 住所 東京都○○区 ○○番地○○号 被保険者 氏名 健保 太郎 電話 ○○ (○○○○) ○○○○ ヨドバシカメラ健康保険組合理事長 殿			

振 込 先	銀行 〇〇 〇〇 本店 支店	普通 当座	店 番 号
	口座名義 (被保険者名義)	カタカナで記入してください。	123
	ケンボ タロウ		口 座 番 号
			1234567

※ 領収書、診療報酬明細書 (レセプト) の原本を添付してください。
装具や眼鏡は医師の指示書や証明書、はり灸、あんまマッサージは医師の同意書の原本も添付が必要

受付日付印

※ 記入上の注意

- ・ 病院 (外来、入院別)、薬局ごとに記入してください。
- ・ 月ごとに記入してください。
- ・ 受診者ごとに記入してください。

・ 診療報酬明細書 (原本) 及び領収書 (原本) を添付してください。