

日本製鋼所健康保険組合 御中

常務理事	事務長	担当者

被保険者
 被扶養者

療養費請求書

年 月 日

所属	TEL ()	(保険証)記号・番号	氏名	
療養者の氏名	(続柄)	傷病名		
診療の期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間			
療養の給付を受けられなかった理由	治療用装具装着・自費診療 その他 ()	治療に要した費用の額		
負傷時の状況 (かゝの場合は必須)	【負傷日時・場所など】 令和 年 月 日 (曜日) □午前 □午後 時 分頃 1. 負傷した日は □出勤日 □休日(定休日・休暇を含む) □その他 () 2. 負傷した時間帯は □勤務時間中 □通勤中(□出勤 □退勤) □出張中 □私用 □その他 () 3. 負傷した場所は □会社内 □道路上 □自宅 □その他 ()	4. 負傷した原因は □交通事故 □暴力(ケンカ含む) □スポーツ中(□職場行事 □職場行事以外) □動物による負傷(飼い主 □有 □無) □あてはまらない 5. 「上記4」の原因にあてはまる場合 あなたは、次のうちどれにあたりますか □被害者 □加害者 □相手無し 6. 負傷の状況・原因を具体的にご記入下さい		
健保記入	治療に要した額	自己負担額	算出額	給付決定額
給付額の算出	円	円	円	円

給与振込依頼欄	上記給付決定額の受領に関する権限を 事業所 に委任します。 年 月 日 住所 被保険者氏名
---------	--

銀行振込依頼欄	上記給付決定額を振込依頼致します。 年 月 日 住所 被保険者氏名		
銀行名	銀行	預金種別	普通 ・ 当座
本支店名	店	口座名義(カナ)	
口座番号			

- 輸血に関する申請のときは「輸血を必要と認めた医療担当者の証明」および「血液代金の領収証書」を添付してください。
- 臍帯血に関する申請の時は、「臍帯血を治療に要するとした医師の証明書」および搬送に要した費用を証明した領収書(原本)を添付してください。
- コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」および「実績についての領収証書」をつけてください。
靴型治療用装具を申請される場合は、現物の写真も必要です。
- 「銀行振込」をご利用の際は、申請される被保険者の名義の口座をご記入下さい。**

※ 本書に記載されている情報は、この請求のためのみに使用し、他目的へは使用しません。
また、健保への送付時、本情報が他人の目に触れないようご注意ください。