常務理事	事務長	担当者
健保組合用		

日本製鋼所健康保険組合　御中

□被保険者
□被扶養者

療養費請求書

年　月　日

所属	TEL（　　）	被保険者等記号・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	□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 (ｹｶﾞの場合は必須)	【負傷日時・場所など】 平成・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 5. 「上 あな □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	

緊急時、保険証を所持していなかった為等

領収書の金額

病気以外の骨折・ケガ等の場合、負傷時の状況に当てはまるものにチェックしてください。

健保記入 給付額の算出	治療に要した額	自己負担額	算出額	給付決定額
	円			円

健保の記入欄

給与振込

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

JSWの方記入

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

JSW以外の方記入

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			

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. **「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。