

健康保険被保険者療養費支給申請書

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所	・コーセー G・アルビオン・その他()		
	被保険者氏名	(フリガナ)		所属	部・課 支店		
	被保険者の現住所 及び連絡先	〒 -		生年月日	社員番号		
	傷病名			発病又は負傷 の年月日	令和 年 月 日	(負傷の場合は 時頃)	
	発病又は負傷の原因			傷病の経過			
	診療を受けた機関の 診療の内容	名称			所在地		
	診療の期間	自 令和 年 月 日	日間	診療に要した 費用の額	金	円也	
	療養の給付を受ける ことができなかった理由						
	第三者行為によって負傷 したものであるか否か	ある ない	第三者行為による傷病届の提出の有無		ある	ない (健保までご連絡ください。)	
	申請者が被扶養者に 関するときはその者の	氏名	生年月日	昭 平 令	年 月 日	被保険者との 続柄	
医師に照会が必要な場合の事前同意		私は、保険者(コーセー健康保険組合)が、給付に関して必要があると認めるときは、文書その他の物件により医療機関、事業所、官公庁等に必要情報を提供、報告を求めると同意します。なお、照会先が複数となる場合は、本同意の写しも有効と認めます。					
※給付に関する同意をしていただけない場合は、健康保険法第121条により、保険給付の全部又は一部の支給を行わないことがあります。		被保険者氏名 _____					
委任状				令和 年 月 日			
給付金の受領を事業主に委任します							
被保険者氏名(自署)							
◇上記は在職者のみ記入。退職者・任意継続被保険者の方は、下記へご記入ください。							

銀行コード		支店コード	
銀行名	銀行		支店
普通預金口座番号			
口座名義 (請求者同一)	フリガナ		
	氏名		

受付印

※訂正箇所には必ず訂正印を押印願います。(修正テープ、修正液使用不可)

- 治療用装具を作成された場合、装具すべてに対し、
下記の方向 及び 箇所について、装着しない状態で撮影して下記へ貼付してください。
- ①正面（全体） ②裏面（全体）③側面がある場合は側面（左右どちらも）
 - ④ロゴ・サイズ・品番・メーカー表記等（ある場合）
- ※内容についてわからない場合は、作成された装具会社にご確認願います。
※取り扱い説明書等がありましたらコピーの添付をお願いいたします。

記号		番号		被保険者氏名	
<div data-bbox="284 1111 1289 1240" style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"><p>※治療用装具写真貼付台紙 【装具の画像】を貼付してください。</p></div>					