

被保険者

被扶養者

療養費支給申請書（立替払い等）

※申請書は自署でご記入ください。自署でない場合は押印が必要です。

被 保 険 者	氏名	健保 太郎		被保険者 記号番号	100 - 99999
	電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先		03 - 1111 - 5555	内線(1111)
	住所	〒 105-6135 東京都港区浜松町2-4-1			
受診者氏名	同上	続柄	本人	生年月日 (和暦)	平成 5年 5月 5日
傷病名	左足ねん挫			発病もしくは 負傷の年月日 (和暦)	平成 31年 2月 3日
発病もしくは 負傷の原因 (いずれかに○)	1. 病気 (原因および経過) _____ ② ケガ 相手がいない事故 ⇒ 「負傷原因報告書」を併せてご提出ください。 相手がいる事故 ⇒ 「第三者行為による傷病届」を併せてご提出ください。 ※ 業務による負傷の場合、療養費の対象外となります。事業所人事にお問い合わせください。				
領収書の額	9,600 円 ●領収書原本を添付してください。領収書は返却いたしません。				
医療機関の 名称・所在地	名称	〇〇総合病院	所在地	東京都港区〇〇	
	名称	〇〇薬局	所在地	東京都港区△△	
療養費の支給申請の 理由 (いずれかに○)	1. 入社してまもなく、被保険者証が届いていなかったため ② 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤ってほかの保険者の被保険者証を使用したため 4. その他 ()				
振込希望銀行 (被保険者名義)	〇〇	銀行	□□□	支店	普通・当座 (いずれかに○)
	口座番号 : 1234567		口座名義(カタカナ) : ケンボ タロウ		
本人 同意 欄	私は、健康保険法に基づく保険給付請求等に関し、私にかかる診療報酬明細書および関係書類について オリックスグループ健康保険組合が当該機関に対して、療養などの内容照会を行うこと および当該機関が内容照会の回答をすることに同意します。 オリックスグループ健康保険組合 理事長殿 令和 2年 10月 5日 被保険者氏名 ケンボ タロウ				

【添付書類チェック】 ※ご提出前にご確認ください。

領収書原本 診療報酬明細書(レセプト) 負傷原因報告書(ケガの方のみ)

※診療報酬明細書は、医療機関より領収書と一緒に交付される診療明細書とは異なります。

詳しくは医療機関にご確認ください。

<健康保険組合処理欄>

<受付印>

常務理事	事務長	担当	