

受付年月日	令和 年 月 日	支 給	<p>ご注意！！ 傷病の原因が、交通事故やけんか等、第三者（加害者）の行為によるけがの場合は、記入前に健康保険組合に連絡ください。</p>
伺年月日	令和 年 月 日	常務理事印 事務	
決裁年月日	令和 年 月 日		

ご自分の健康保険証上部に記載されている記号番号欄の数字を記入してください。

添付書類
保険証の不携帯により全額医療費を支払った場合

- ・負傷（けが）の場合：負傷原因届
- ・領収書原本
- ・診療報酬明細書（傷病名・治療内容検査項目・薬品名等記載されていて、医療機関の印があるもの医療機関よりいただいたそのままを添付してください）調剤薬局の場合は「調剤報酬明細書」になります。
※診療明細書ではございません。

他の保険者の保険証を誤って使用し、医療費の返還を行った場合

- ・負傷（けが）の場合：負傷原因届
- ・領収書原本
※医療費を返還した保険者から交付された領収書を添付してください。
- ・診療報酬明細書
※医療費を返還した保険者から「開封厳禁」と記された封筒「診療報酬明細書の写し」を渡されます。開封しないで封筒ごと療養費支給申請書に添付してください。

被保険者（本人） 家族

被保険者（本人）が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	1-1111		②	
	③ 被保険者の氏名	健康太郎		④	
	⑤ 療養を受けた者の氏名	健康太郎		⑥	
	⑦ 傷病名	右足関節捻挫		⑧	
	⑨ 発病の原因及び経過	<input type="checkbox"/> 病気 「詳しく」 旅行中に道路の段差に <input checked="" type="checkbox"/> ケガ → 負傷原因届を併せ			
		⑩ 診療又は手当を受けた医療機関の	名称	軽井沢整形外科	月
		医師氏名	軽井沢一郎		
	⑪ 診療又は手当を受けた期間	自 令和〇〇年 5月 3日	至 令和〇〇年 5月 4日	2日	
	⑬ 診療の内容	レントゲン撮影、			
	⑭ 療養に要した費用の額	12,345	円	⑮療養費の支給申請の理由	旅行中の傷病で、保険証を持っていなかった
	⑯ 振込希望機関	銀行	大阪	大阪	
		金庫 組合			

被保険者（本人）の振込希望機関を記入してください。

他の理由
 ①入社して間もなく、保険証が届いていなかった
 ②誤って他の保険者の保険証を使用した

上記のとおり申請します。 ⑰ 〒 111-1112

令和〇〇年5月20日 被保険者の 住所 大阪市大阪区大阪町1丁目2番3号

エクセディ健康保険組合理事長 殿 氏名 健康 太郎

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です）

（※注意）輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書（原本）」のほかこれに要した費用の「領収書（原本）」を添付して下さい。

受付年月日	令和 年 月 日	支 給	<p>ご注意！！ 傷病の原因が、交通事故やけんか等、第三者（加害者）の行為によるけがの場合は、記入前に健康保険組合に連絡ください。</p>
伺年月日	令和 年 月 日	常務理事印 事務	
決裁年月日	令和 年 月 日		

ご自分の健康保険証上部に記載されている記号番号欄の数字を記入してください。

添付書類
 保険証の不携帯により全額医療費を支払った場合
 ・負傷（けが）の場合：負傷原因届
 ・領収書原本
 ・診療報酬明細書（傷病名・治療内容検査項目・薬品名等記載されていて、医療機関の印があるもの医療機関よりいただいたそのままを添付してください）調剤薬局の場合は「調剤報酬明細書」になります。
 ※診療明細書ではございません。

他の保険者の保険証を誤って使用し、医療費の返還を行った場合
 ・負傷（けが）の場合：負傷原因届
 ・領収書原本
 ※医療費を返還した保険者から交付された領収書を添付してください。
 ・診療報酬明細書
 ※医療費を返還した保険者から「開封厳禁」と記された封筒「診療報酬明細書の写し」を渡されます。開封しないで封筒ごと療養費支給申請書に添付してください。

被保険者（本人） 家族

① 被保険者証の記号・番号	1-1111		②
③ 被保険者の氏名	健康太郎		④
⑤ 療養を受けた者の氏名	健康花子		⑥
⑦ 傷病名	右足関節捻挫		⑧
⑨ 発病の原因及び経過	<input type="checkbox"/> 病気 「詳しく」 旅行中に道路の段差に <input checked="" type="checkbox"/> ケガ → 負傷原因届を併せ		
⑩ 診療又は手当を受けた医療機関の	名称	軽井沢整形外科	⑪
	医師氏名	軽井沢一郎	
⑪ 診療又は手当を受けた期間	自 令和〇〇年 5月 3日 至 令和〇〇年 5月 4日 2日		
⑬ 診療の内容	レントゲン撮影、		
⑭ 療養に要した費用の額	12,345	円	⑮ 療養費の支給申請の理由
⑯ 振込希望機関	銀行	大阪	⑮ 療養費の支給申請の理由
	金庫	大阪	
	組合		

被保険者（本人）が記入するところ

被保険者（本人）の振込希望機関を記入してください。

他の理由
 ①入社して間もなく、保険証が届いていなかった
 ②誤って他の保険者の保険証を使用した

（利用する場合は、利用しない場合は⑯振込希望機関の欄を記入）

上記のとおり申請します。 ⑰ 〒 111-1112

令和〇〇年5月20日 被保険者の 住所 大阪市大阪区大阪町1丁目2番3号

エクセディ健康保険組合理事長 殿 氏名 健康 太郎

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です） 備考欄

（※注意）輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書（原本）」のほかこれに要した費用の「領収書（原本）」を添付して下さい。