|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 年　　　　月　　　　日 |  |  | | | | |
| 伺年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 決裁年月日 | 年　　　　月　　　　日 | 支 給 支 払 決 議 書 | | | | |
| 支給額 | 円 |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|
|
|  | |
| 支給期間 | 自　　　　　年　　　　月　　　　日  至　　　　　年　　　　月　　　　日  日間 | 資格取得 | | 年　　　　月　　　日 | | |
| 資格喪失 | | 年　　　　月　　　日 | | |
| 支払年月日 | | 年　　　　月　　　日 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 在職中の方 | **―→** | 事業所（勤務先）の健保業務担当部門  〔総務・人事等〕 | | **―→** | 健保組合 | **→** | 事業所へ振込 | **→** | 本人の  口座へ  振 込 |
|  | | | | |  | | |
| 退職された方（任意継続） | | | **―――――――――――→** | | **―――――――――→** | | |

【申請から給付の流れ】

**本人・家族 療養費支給申請書（治療用装具以外）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記　号 | 番　号 | | | 受　診　者　名 | | | 性別 | 続　柄 | | | 生 年 月 日 | |
|  |  | | |  | | | １.男  ２.女 |  | | | 年　　月　　日 | |
| 傷 病 名 | |  | | | | 診療開始日 | | | | 年　　月　　日 | | |
| 発病又は  負傷の原因 | |  | | | | | | | | | | |
| 負傷の状況（外傷性の負傷の場合のみ必ず記入） | | （いつ：日時）　　　　　　　　　　　　（どこで：場所） | | | | | | | | | | |
| （どのように） | | | | | | | | | | |
| ①勤務時間中ですか　　　②通勤途上ですか　　　③第三者によるものですか  □はい　　　　　　　　　□はい　　　　　　　　（交通事故など）□はい  □いいえ　　　　　　　　□いいえ　　　　　　　　　　　　　　　□いいえ | | | | | | | | | | |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 | | | □医療機関等で健康保険の資格が確認できずに10割負担した  □ アルバック健保以外の保険証を提示し、後日他健保から請求を受け支払った  （返還請求）  □ はり・灸・あんま・マッサージ  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 受診した期間 | | | 年 　月 　日から  　年 　 月 　日まで | | 日間 | | １.通院  ２.入院 | | 支払額 | | | 円  別紙領収書の通り |
| 上記の通り申請いたします。  また在職期間中に係る申請の場合、本申請書に基づく補助金の受領を事業主へ委任いたします。  　　　　　　　年　　　月　　　日  アルバック健康保険組合 常務理事　殿  被保険者　住　所  　　　　　氏　名 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 公金受取口座  ご希望の方は□にレ点を記入してください | 【注意事項】  ※在籍者の方は、事業主への受領委任を原則としております。  ※下記「委任状」欄に記入がある場合は、代理人の口座に給付します。  ※給付日直前の変更や登録内容に誤り等があった場合は、給付日が遅延する場合があります。  □注意事項を確認しましたので、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 |

【注意事項】

＊時効 ： 請求権は、事実のあった日の翌日から起算して２年で時効となります。

＊診療月毎・医療機関毎・入院／外来毎に記入して下さい。

＊任意継続の方は登録口座に振込をいたします。

**【添付書類】コピー不可。すべて原本を提出して下さい**。

|  |  |
| --- | --- |
| 保険証を提示できずに受診した（保険証不携帯もしくは手続き中） | ① 受診者の氏名が記載された領収書(レシート不可)  ② レセプト（診療報酬明細書）…傷病名が記載されているもの、または薬の名称、  金額、数量が記載されているもの  ※診療明細書、領収明細書は、レセプトとは異なる書類になりますので、病  院に発行依頼をしてください。 |
| アルバック健保以外の保険証を提示し、後日他健保から請求を受け支払った（返還請求） | ① 他健保に支払った領収書または返納書  ② 他健保発行のレセプト（診療報酬明細書） |
| はり・灸・あんま・  マッサージ | ① 受診者の氏名が記載された領収書(レシート不可)  ② はり・灸・あんま・マッサージ用の療養費支給申請書（治療院発行）  ③ 医師の同意書（はじめて受療した時の請求および6ヵ月を超えて引き続き施術が必要な場合は、医師の同意が必要です。必ず、保険医に受診のうえ、文書で「医師の同意書」の交付を受け添付してください。） |