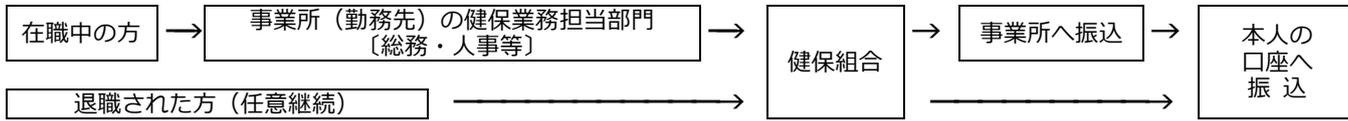


【申請から給付の流れ】



受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間

支給支払決議書			
資格取得		年 月 日	
資格喪失		年 月 日	
支払年月日		年 月 日	

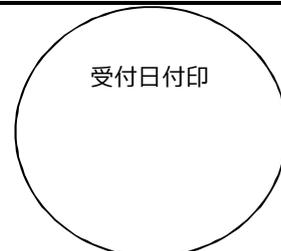
本人・家族 療養費支給申請書（治療用装具以外）

被保険者証		受診者名	性別	続柄	生年月日
記号	番号				
			1.男 2.女		年 月 日
傷病名		発病又は 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）				
療養の給付を受ける ことができなかった 理由	<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> はり・灸・あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	①勤務時間中ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	②通勤途上ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	③第三者によるものですか （交通事故など） <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> アルバック健康保険組合 常務理事 殿 <div style="text-align: right;">被保険者 住所 氏名</div>					

公金受取口座	【注意事項】
ご希望の方は□にレ点を記入してください	<p>※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。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p>

【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。）