

被保険者
被扶養者

療養費請求書

PD

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号番号	記号 1234 番号 1234567	被保険者の 職 場 名 電話番号	YKK(株)〇〇事業本部〇〇 職場 (TEL) 77-〇〇〇〇			
	傷 病 名	左足関節内果骨折		発病又は負傷 の 年 月 日	平成 21年 3月 1日 (負傷の場合は 10 時頃)		
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因	野球の試合中負傷					
	傷病の経過	装具装着にて経過観察中					
	診療を受けた医 療機関の名称と 所在地及び氏名	〇〇市民病院 富山県〇〇市〇〇 1-2 山田 太郎		診療に 要した 費用の額	69,980円		
	診療の期間	自 平成 21年 3月 1日 至 平成 21年 3月 21日 21 日間		左の期間中に入院した 期間がありますか	ある・ない		
				入院した期間 があるときは その期間	平成 21年 3月 1日 平成 21年 3月 6日 6 日間		
	療養の給付を 受けることが できなかった 理由	<input type="checkbox"/> 保険証の不携帯 (→ 診療報酬明細書と領収書を添付) <input checked="" type="checkbox"/> 装具着用 (→ 装具装着証明書と領収書を添付) <input type="checkbox"/> その他 ()		治療用の 装具名	左短下肢装具 (軟性)		
				装具着用 年月日	平成 21年 3月 8日		
	第三者の行為 によって負傷 したもので あるか否か	ある <input checked="" type="checkbox"/> ない	第三者の行為 によって負傷 したときは	その事実の届出の有無	ある・ない		
			第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)				
申請が被扶養者 に関するときは その者の	氏名	男・女	生年 月 日	昭和 年 月 日 平成	被保険者 との続柄		
上記のとおり請求いたします。 平成 21年 3月 25日 〒938-〇〇〇〇 住所 富山県〇〇市〇〇 123-4 被保険者の 氏名 健保 太郎 YKK健康保険組合理事長 殿 性別 (男・女) 生年月日 昭和 40年 〇月 〇日生							

原則として経費口座(キャッシュレス口座)に振込みます。
ただし、資格喪失後で経費口座(キャッシュレス口座)がない場合は、
口座情報登録申請書を添付してください。

受 付 印

ご記入の際は裏面の注意書きを、よくお読みの上ご記入ください。

ご記入いただいた個人情報は、療養費の振込みにのみ利用させていただきます。

YKK健康保険組合