# 保険証不携帯で受診した場合
# イマジカ健康保険組合以外の保険証を使用してしまった場

「※」印欄は記入しないでください。

※支払決議書

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 支払年月日 | 平成　年　月　日 | | | | | | | |
| 支給額 | 拾萬 | 萬 | 千 | 百 | 拾 | 円 | | |
| 支給内訳 法定 | | | | | | | 療養 始 | 年　月　日 |
| 支給内訳 付加 | | | | | | | 療養 終 | 年　月　日 |
| 種目 | | | | | | | 考 | |
| 総医療費 | | | | | | | | |
| 自己負担額 | | | | | | | | |
| 支給額 | | 支給額 | | | | | | |

この欄は、健康保険組合が記入

健康保険（被保険者・家族）療養費、高額療養費、付加金支給申請書

（記入上の注意）

ア、請書は、つぎによって作成して下さい。
(ア) ごと、被扶養者ごとに作成して下さい。
(イ) を受けた医療機関に医科と歯科とあるときは、別々に作成して下さい。
(ウ) 医療機関で、入院した期間と通院した期間があるときは、別々に作成して下さい。
(エ) 療養のうち、調剤があるときは、別々に作成して下さい。
イ、⑩欄の療養を受けた期間は、療養を受けた期間のうち、同一月内の期間について下さい。
ウ、⑪欄の病院等で支払った額は、支払った額のうち、いわゆる保険診療分について記療とならない特別室料、歯科で認められている差額徴収額等については除いて下さい。
ただし、その額が明確でないときはその旨を記入し、医療機関等で支払った金額をさい。

被保険者が記入するところ

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ① 被保険者証 | 記号 | 144 | ② 被保険者の氏名と印 | （フリガナ）ケンポ　タロウ<br>健保　太郎 | ③ 健保 |
| | 番号 | 111 | | | |
| | | 東京都品川区東五反田1−2−3 | | （郵便番号 777−7777 ）<br>☎ 03−5555−6666 | |
| ⑤ 被保険者の勤務する（していた）事業所の | 名称 | 株式会社　IMAGICA GROUP | | | |
| | 所在地 | 東京都品川区東五反田2−14−1 | | ☎ 03−1111−2222 | |
| ⑥ 診療を受けた者 | 氏名 | 健保　太郎 | 続柄 本人 | 年令 30 才 | |
| ⑦ 診療を受けた病院等の | 名称 | ○○○　病院 | | | |
| | 所在地 | 神奈川県横浜市○○区＊＊＊−＊＊ | | | |
| ⑧ 療養の種別（いずれかに○印） | 入院 | 外来 | 調剤 | 歯科 | |
| ⑨ 傷病名 | ＊＊＊＊＊＊＊ | | | | |
| ⑩ ⑦の病院等で診療を受けた期間 | 令和 1 年 7 月 3 日から 同月 3 日までの<br>診療実日数 1 日 | | ⑪ ⑩の期間に受けた診療に対し病院等で支払った額 | 7,000 円 | |
| ⑫ 払渡希望の銀行（被保険者の） | 三井住友 銀行 | 品川 支店 | （普通口座）<br>（口座名義カナ） | | |
| ⑬ 療養の給付を受けることができなかった理由 | ・保険証を持って行くのを忘れたため<br>・保険証の交付手続き中に病院にかかったため　等 | | | | |

保険証に記載された事業所名

お振込先は被保険者本人の口座に限ります。

口座番号
名義を記入

委任状

この欄は、給付金を被保険者以外の方の口座へ
振込希望の場合は、記入してください。

＊添付書類 ① 領収書原本（コピー不可）
② 封筒に入った診療報酬明細書（レセプト）
※開封厳禁