

健康保険 記号 - 番号	8500 — 〇〇〇〇	事業所の名称	伊賀事業所		
被保険者 氏名	健保 太郎	所属	健保グループ		
		社員番号	〇〇〇〇〇〇〇		
療養を受けた者の 氏名	健保 太郎	生年月日	1980 年 2 月 25 日	被保険者 との続柄	本人
傷病名	急性気管炎		発病または 負傷の年月日	2022 年 8 月 13 日	
傷病の原因	咳がひどく発熱した				
傷病の経過	完治				
診療を受けた 医療機関	名称	〇〇病院		電話番号 (	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 )
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町			
入院・入院外の別	<input type="checkbox"/> 入院 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 入院外				
診療の期間	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から		〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 まで		日数 1 日
入院した場合 その期間	年 月 日 から		年 月 日 まで		日数 日
診療に要した 費用の額	25,000 円				
診療の内容	点滴を受け薬を処方された				
療養の給付を受け ることができなかった 理由	2	1.加入手続き中に受診したため 2.マイナ保険証等を不携帯で受診したため 3.他健保から返還請求があったため 4.その他【理由】			
第三者の行為によ るものですか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				
給付金振込先	給与振込口座				
上記のとおり申請します。 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 請求者の [住所] 奈良県〇〇市〇〇-〇〇 [氏名] 健保 太郎 [日中連絡のつく電話番号] 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (会社支給の携帯電話をお持ちの方はその番号を記載ください) DMG森精機健康保険組合理事長殿					

## 【添付書類】

① 加入手続き中もしくはマイナ保険証等不携帯による受診の場合	② 返還請求の場合
・診療明細書(レセプト)または、診療内容明細書（傷病名の記載があるもの） ・上記が無い場合は、当健保所定の領収(診療)明細書に医療機関にて証明 ・病院や薬局が発行した領収書（原本）	・他健保が発行した診療報酬明細書（レセプト） ・他健保が発行した領収書（原本）