

事業所担当者( )<経由>→健保組合 (退職された方は直接健保へ送付)

被保険者  
家族 療養費請求書 (不携帯等)

①被保険者証の 記号・番号	記号		②被保険者 の氏名			
	番号					
③事業所の名称						
④被扶養者に 関する申請の場合	氏名			生年月日	S H 年 月 日	被保険者 との続柄
⑤発病または 負傷年月日	年 月 日		⑥傷病名			
⑦発病または 負傷の原因						
⑧第三者行為に よるものですか	はい いいえ		⑨業務上または通勤途 上での傷病ですか		はい いいえ	
⑩傷病の経過						
⑪診療を受けた 医療機関	名称			所在地		
⑫診療または手 当を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	⑬診療また は手当に要 した費用	円	
⑭療養の給付を 受けることがで きなかった理由 (番号に○印)	1. 保険証不携帯 または 手続中による受診 2. 返還請求(他保険の保険証誤使用による受診) 3. その他( )					
⑮ 振込先 (被保険者名義)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義(カタカナで記入)	
			普通 当座			

上記のとおり請求します。

年 月 日

被保険者の住所 〒

氏名 ㊟

電話番号 ( )

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

添付書類(※すべて原本を添付してください)

1.保険証不携帯、手続中による受診 ・領収証 ・診療(調剤)報酬明細書(医療機関でもらえます) ※診療報酬明細書は診療明細書とは異なります。 必ずご確認ください。	2.返還請求 ・他保険発行の領収証 ・診療(調剤)報酬明細書(他保険よりもらえます)
---	--