

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)
※担当者を記入してください

□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 番号	②被保険者 の氏名						
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	年	月	日	才	続柄 (長男・長 女等)	
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 (薬局)	名称	所在地						
⑫診療または手 当を受けた期間	年	月	日から	日まで	日間	□入院 □外来	⑬診療また は手当に要 した費用	円
給付額は7割または8割になります								
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(他の保険者発行の保険証での誤使用による受診) 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・調剤薬局に依頼してください) ※診療報酬明細書(レセプト)は診療明細書(領収明細書)とは 異なります。 必ず診療報酬明細書を添付してください。	2.返還請求 ・以前加入していた保険者(健保組合等)発行の領収証 ・診療(調剤)報酬明細書(以前加入していた保険者に依頼して ください)
---	---

◎請求書は医療機関ごと(調剤薬局も別途要)・毎月ごと・受診者ごとにつき1枚記入して下さい。

※役所への申請等で領収証の原本が必要な場合は、その旨お申し出ください。原本証明を返却します。