

記入例(保険証不所持の場合)

K-1

健康保険 使用欄	支給決議書		常務理事	事務長	次長
	支給額	円			
	支給内訳	法定	円		
		付加	円		
	区分	本人・家族・6歳未就学・高齢(割)		経理	給付
	資格取得日	年 月 日			
資格喪失日	年 月 日				

健康保険

被保険者
家族

療養費・付加金支給申請書

(立替払等、治療用装具、生血)

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	1 0 0 1 2 3 4 5 6	② 事業所名	全日本空輸(株)														
	③ 被保険者の氏名と印	空野 太郎										④ 被保険者の生年月日	昭和	年	月	日		
	⑤ 被保険者の住所・連絡先	郵便番号		東京都新宿区西新宿1-1-1														
		1 6 3 8 6 1 1		連絡先電話番号		03-5001-3550												
	⑥ 療養が被扶養者に関するときは、その者の	氏名											生年月日	昭和	年	月	日	被保険者との続柄
	⑦ 傷病名	急性胃腸炎										⑧ 発病又は負傷年月日(療養開始日)	年	月	日	被保険者との続柄		
	⑨ 発病又は負傷の原因およびその経過	夜中、急に腹痛が起き発熱をした																
	⑩ 診療を受けた病院(薬局)等	名称	市立札幌病院															
		所在地	札幌市中央区北十一条12-2-2															
	⑪ 診療の期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数	⑫ 診療内容の区分							
		X X 0 5 0 2	至	X X 0 5 0 2	1 日	入院 外来 歯科 調剤												
	⑬ 装具等を作成した所の名称および作成日	名称											作成日	年	月	日	⑭ 診療又は作成に要した費用の額	
	⑮ 療養の給付を受けることができなかった理由	旅行先で、保険証不所持であった為																
	⑯ 第三者の行為によるものですか	☒ いいえ ☐ はい		⑰ ⑯が「はい」の場合健保への申請を		している ・ していない												
	⑱ 支払金融機関	銀行 金庫 農協 本店 支店																
※該当者のみ記入		預金種別	普通口座	当座	番号	口座名義		(カタカナで記入)										
受取代理人の欄	⑲ 本請求書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。																	
	委任者と代理人との関係 事業主																	
	令和 XX年 5月 20日																	
	事業主印以外は、すべて記入・捺印																	
受取代理人の欄	被保険者(請求者) 氏名	空野 太郎										住所	東京都新宿区西新宿1-1-1					
	代理人の氏名と印	全日本空輸(株)										代理人の住所	東京都港区東新橋1-5-2					

※ 該当者=請求書提出時にANA健保の資格を喪失している方

受付日付印

【注意事項】

- 申請書は1件毎(医療機関別・月別)1枚必要です。装具の場合は1つに対し1枚必要です。
- 「被保険者が記入するところ」(太枠内①～⑱)の必要事項を全て記入して下さい。

(備考)

記入例(装具作成の場合)

K-1

健康保険 使用欄	支給決議書		常務理事	事務長	次長
	支給額	円			
	支給内訳	法定	円		
		付加	円		
	区分	本人・家族・6歳未就学・高齢(割)		経理	給付
	資格取得日	年 月 日			
資格喪失日	年 月 日				

健康保険

被保険者
家族

療養費・付加金支給申請書

(立替払等、治療用装具、生血)

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	1 0 0 1 2 3 4 5 6	② 事業所名	全日本空輸(株)																			
	③ 被保険者の 氏名と印	空野 太郎										④ 被保険者の 生年月日	昭和 平成	5 0 0 1 0 1									
	⑤ 被保険者の 住所・連絡先	郵便番号	東京都新宿区西新宿1-1-1										⑥ 被保険者の 生年月日	昭和 平成	5 0 0 1 0 1								
	⑥ 療養が被扶養者 に関するときは、 その者の	氏名											⑦ 傷病名	右膝関節周囲炎									
	⑦ 傷病名	右膝関節周囲炎										⑧ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)	X X 0 5 0 2										
	⑧ 発病又は負傷の原因 およびその経過	ゴルフプレー中に痛みが起り、その後も良くなり足をはきずるようになった																					
	⑨ 診療を受けた 病院(薬局)等	名称	蒲田整形外科病院										⑩ 診療の期間	自 X X 0 5 0 2 至 X X 0 5 1 0	⑪ 診療内容の区分	入院 外来 歯科 調剤							
	⑩ 診療の期間	自	X X 0 5 0 2	至	X X 0 5 1 0	日数	2 日	⑫ 診療又は作成に要した費用の額	48,000 円														
	⑪ 装具等を作成した 所の名称および 作成日	名称	カタマ義肢製作所										作成日	X X 0 3 1 1									
	⑫ 療養の給付を受け ることができな かった理由	装具作成のため																					
	⑬ 第三者の行為によ るものですか	☒ いいえ ☐ はい	⑭ ⑬が「はい」の場合 健保への申請を	している ・ していない																			
	⑭ 支払金融機関	銀行 金庫 農協 本店 支店																					
	※該当者のみ記入	預金 種別	普通 当座	口座 番号	口座 名義																		
	⑮ 本請求書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	委任者と代理人との関係										事業主											
	受取代理人の欄	事業主印以外は、すべて記入・捺印										令和 XX年 5月 20日											
被保険者 (請求者)	氏名	空野 太郎										住所	東京都新宿区西新宿1-1-1										
代理人の 氏名と印	全日本空輸(株)										代理人 の住所	東京都港区東新橋1-5-2											

※ 該当者＝請求書提出時にANA健保の資格を喪失している方

受付日付印

【注意事項】

- 申請書は1件毎(医療機関別・月別)1枚必要です。装具の場合は1つに対し1枚必要です。
- 「被保険者が記入するところ」(太枠内①～⑮)の必要事項を全て記入して下さい。

(備考)