

【前保険者から返還請求を受けて支払った場合の記入例】

支給決定伺						*ケンボ記入欄	
支給金額	円	支給期間	H・R . . . 日 H・R . . .	取得	S・H・R . . .		
内訳 : 療養費 円 / 高額療養費 円 / 付加給付金 円 / 食事療養費等 円				喪失	S・H・R . . .		
経伺	常務理事	事務長	課長		担当者		
							備考

被保険者
家族

療養費支給申請書

〔 除く
業務上または通勤途上災害による傷病 〕

被保険者証の 記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇	事業所(会社)の 名称	大同〇〇株式会社		
対象者氏名	健保 太郎	生 年 月 日	S H・R 〇 年 〇 月 〇 日	続柄	本人
傷 病 名	風邪	発病または 負傷の年月日	H・R 〇 年 〇 月 〇 日		
発病または 負傷の原因	不詳				
傷病の経過 (いずれかに〇印)	治 癒 〇 現在も通院(経過観察)中 / その他()				
診療又は 手当の期間	H・R 〇 年 〇 月 〇 日	H・R 年 月 日	1日間	診療又は手当 に要した費用	〇, 〇〇〇 円
診療を受けた 医療機関 等	名称	〇〇〇 医院			
	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇..... TEL 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
療養の給付を受けるこ とができなかった理由	誤って前の保険証を使用し、前保険者から返還請求を受けて支払ったため				
上記の通り申請致します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 被保険者の住所 〇〇〇.....					
氏名(自署)及び 印 健保 太郎 (印) 健保					
大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿 TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇					

あてはまるものに〇印

必ず該当する方のいずれかに記入

会社名のみを記入

納付証明書・明細書等の金額を記入

* 在職者のみ記入	上記金額の受領を	大同〇〇株式会社	に委任します(会社名を記入)
* 以下、退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)			
金融機関および支店名	銀行・信用金庫 支店		
1.普通 2.当座	口座番号		
フリガナ			
口座名義人			

所属事業所 確認印

↑
社会保険担当部署の印

大同健保

【ご注意】添付書類や支給要件等を、事前に大同健保ホームページでご確認のうえ申請してください。

【治療用装具を作製した場合の記入例】

支給決定伺						*ケンボ記入欄
支給金額	円	支給期間	H・R . . . 日 H・R . . .	取得	S・H・R . . .	
内訳 : 療養費 円 / 高額療養費 円 / 付加給付金 円 / 食事療養費等 円				喪失	S・H・R . . .	
経伺	常務理事	事務長	課長		担当者	備考 本・家・六・高7・高一 外・入・訪問・装具

被保険者
家族

療養費支給申請書

〔 除く
業務上または通勤途上災害による傷病 〕

被保険者証の 記号番号	○○○ - ○○○○	事業所(会社)の 名称	大同○○株式会社		
対象者氏名	健保 太郎	生 年 月 日	S H・R ○ 年 ○ 月 ○ 日	続柄	本人
傷 病 名	アキレス腱断裂	発病または 負傷の年月日	H R ○ 年 ○ 月 ○ 日		
発病または 負傷の原因	休日にバレーボールをしているとき、転倒したため				
傷病の経過 (いずれかに○印)	治 癒 / 現在も <u>通院(経過観察)</u> 中 / その他()				
診療又は 手当の期間	H R ○ 年 ○ 月 ○ 日 から H・R 現在 年 月 日 日間	診療又は手当 に要した費用	○, ○○○ 円		
診療を受けた 医療機関等	名称	○○○ 医院 *指示をした医療機関名を記入			
	所在地	〒 ○○○ - ○○○○ (○○○) ○○○..... TEL ○○○ - ○○○○			
療養の給付を受けるこ とができなかった理由	治療用装具の製作を業者に依頼したため				
上記の通り申請致します。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 被保険者の住所 ○○○..... 氏名(自署)及び 印 健保 太郎 (印) 健保 大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿 TEL ○○○ - ○○○ - ○○○○					

あてはまるものに○印

必ず該当する方のいずれかに記入

会社名のみを記入

領収証の金額を記入

* 在職者のみ記入	上記金額の受領を	に委任します(会社名を記入)						
* 以下、退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)								
金融機関および支店名	○○ 銀行・信用金庫 ○○ 支店	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">所属事業所 確認印</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; height: 60px;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; color: blue;">↑ 社会保険担当部署の印</p>	所属事業所 確認印					
所属事業所 確認印								
1.普通 2.当座	口座番号		○○○○○○○					
フリガナ	ケンボ タロウ							
口座名義人	健保 太郎							

大同健保

【ご注意】 添付書類や支給要件等を、事前に大同健保ホームページでご確認のうえ申請してください。

【医療費を立て替え払いした場合の記入例】

支給決定伺						*ケンボ記入欄	
支給金額	円	支給期間	H・R . . . 日 H・R . . .	取得	S・H・R . . .		
内訳 : 療養費 円 / 高額療養費 円 / 付加給付金 円 / 食事療養費等 円				喪失	S・H・R . . .		
経伺	常務理事	事務長	課長	担当者	備考 本・家・六・高7・高一 外・入・訪問・装具		

被保険者 療養費支給申請書 (除く 業務上または通勤途上災害による傷病)

被保険者証の記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇	事業所(会社)の名称	大同〇〇株式会社	
対象者氏名	健保 花子	生年月日	S H・R 〇年〇月〇日	続柄 妻
傷病名	右足首捻挫	発病または負傷の年月日	H R 〇年 〇月 〇日	
発病または負傷の原因	旅行先で階段を踏み外したため			
傷病の経過(いずれかに〇印)	治癒 / 現在も通院(経過観察)中 / その他()			
診療又は手当の期間	H R 〇年 〇月 〇日 H・R 年 月 日 1日間	診療又は手当に要した費用	〇,〇〇〇 円	
診療を受けた医療機関等	名称	〇〇〇 医院		
	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇..... TEL 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
療養の給付を受けることができなかった理由	旅行中で保険証を持っていなかったため			
上記の通り申請致します。 令和 〇年 〇月 〇日 被保険者の住所 〇〇〇..... 氏名(自署)及び印 健保 太郎 (印) 健保 大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿 TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇				

あてはまるものに〇印
必ず該当する方のいずれかに記入

会社名のみを記入
領収証の金額を記入

*在職者のみ記入	上記金額の受領を 大同〇〇株式会社 に委任します(会社名を記入)
*以下、退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)	
金融機関および支店名	銀行・信用金庫 支店
1.普通 2.当座	口座番号
フリガナ	
口座名義人	

所属事業所 確認印

↑
社会保険担当部署の印

大同健保

【ご注意】添付書類や支給要件等を、事前に大同健保ホームページでご確認のうえ申請してください。

【治療用眼鏡を作製した場合の記入例】

支給決定書

*オンライン記入欄

必要事項は被保険者本人がすべて自筆で記入してください

(書類は所属事業所に提出してください)

* 但し、任意継続の方は直接健保まで提出してください

被保険者
家族

療養費支給申請書

〔 除く
業務上または通勤途上災害による傷病 〕

あてはまるものに○印

必ず該当する方のいずれかに記入

会社名のみを記入

領収証の金額を記入

被保険者証の 記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇	事業所(会社)の 名称	大同〇〇株式会社 *部署・工場名等は不要		
対象者氏名	健保 花子	生 年 月 日	S・H・R 〇 年 〇 月 〇 日	続柄	子
傷 病 名	両屈折異常弱視	発病または 負傷の年月日	H・R	年 月 日	不詳
発病または 負傷の原因	不詳				
傷病の経過 (いずれかに○印)	治 癒 / 現在も補院(経過観察)中 / その他()				
診療又は 手当の期間	H・R H・R 現在	〇 年 〇 月 〇 日 から 年 月 日 日間	診療又は手当 に要した費用	〇〇,〇〇〇 円	
診療を受けた 医療機関 等	名称	〇〇〇 眼科 *指示をした医療機関名を記入			
	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇..... (〇〇〇) TEL 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
療養の給付を受けるこ とができなかった理由	治療用眼鏡の作成を業者に依頼したため				
上記の通り申請致します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 被保険者の住所 〇〇〇.....					
氏名(自署)及び 印 健保 太郎 (印) 健保					
大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿 TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇					
* 在職者のみ記入	上記金額の受領を		大同〇〇株式会社 に委任します(会社名を記入)		
* 以下、退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)					
金融機関および支店名	銀行・信用金庫 支店				
1.普通 2.当座	口座番号				
フリガナ					
口座名義人					
			所属事業所 確認印		
			↑ 社会保険担当部署の印		

【ご注意】添付書類や支給要件等を、事前に大同健保ホームページでご確認のうえ申請してください。

大同健保

【弾性着衣を購入した場合の記入例】

支給決定書

*本人で記入欄

必要事項は被保険者本人がすべて自筆で記入してください

(書類は所属事業所に提出してください)

* 但し、任意継続の方は直接健保まで提出してください

被保険者
家族

療養費支給申請書

〔 除く
業務上または通勤途上災害による傷病 〕

被保険者証の 記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇	事業所(会社)の 名称	大同〇〇株式会社 *部署・工場名等は不要		
対象者氏名	健保 花代	生年 月 日	S(H)R 〇年〇月〇日	続柄	妻
傷病名	右乳癌	発病または 負傷の年月日	H(R)〇年〇月〇日		
発病または 負傷の原因	右乳癌術後による四肢リンパ浮腫のため			手術日等を記入	
傷病の経過 (いずれかに〇印)	治癒 / 現在も補院(経過観察)中 / その他()				
診療又は 手当の期間	H(R)〇年〇月〇日 から H(R) 現在 年 月 日 日間	診療又は手当 に要した費用	〇〇,〇〇〇 円		
診療を受けた 医療機関等	名称	〇〇〇 病院 *指示をした医療機関名を記入			
	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇..... (〇〇〇) TEL 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
療養の給付を受けるこ とができなかった理由	弾性着衣の購入を業者に依頼したため				
上記の通り申請致します。 令和 〇年 〇月 〇日 被保険者の住所 〇〇〇.....					
氏名(自署)及び印 健保 太郎 (印) 健保					
大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿 TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇					

あてはまるものに〇印

必ず該当する方のいずれかに記入

会社名のみを記入

領収証の金額を記入

* 在職者のみ記入 上記金額の受領を 大同〇〇株式会社 に委任します(会社名を記入)

* 以下、退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)

金融機関および支店名	銀行・信用金庫		支店
1.普通 2.当座	口座番号		
フリガナ			
口座名義人			

所属事業所 確認印		

↑
社会保険担当部署の印

【ご注意】添付書類や支給要件等を、事前に大同健保ホームページでご確認のうえ申請してください。

大同健保