

やむを得ず保険証不携帯で受診し、全額10割負担しているとき
医師の指示により、治療のために装具を装着したとき(9歳未満の治療用眼鏡含む)(詳細はホームページ)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 の(左づめ)	記号(1か2か3) □	番号(保険者番号06270748ではありません) □□□□□□□□	生年月日 年 月 日 □昭和 □平成 □令和
	氏名・印	(フリガナ) _____		印 ←この欄については、自署の場合、押印を省略できます
	受診した方	氏名	続柄	生年月日 年 月 日 □昭和 □平成 □令和
	傷病名	発病または 負傷年月日		年 月 日
	発病または 負傷の原因	(例:サッカーのクラブ活動中に転倒・自宅の階段で転倒・交通事故による等)		(いずれかに○をしてください) 業務上・第三者行為・その他
	診療を受けた 期間	年 月 日 ~ 年 月 日		日間
	(装具代の場合)装着について 指示を受けた日	年 月 日	療養に要した 費用の額	円
	支給申請の理 由(いずれかに○ をしてください)	<input type="checkbox"/> 入社して間もなく保険証が届いていなかった <input type="checkbox"/> 誤って他の保険者の被保険者証を使用した <input type="checkbox"/> 治療用の装具を作成した	<input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診したが保険証未携帯であった <input type="checkbox"/> 海外で受診した <input type="checkbox"/> 9歳未満の治療用眼鏡を作成した	
	受領委任 について	本申請に基づく給付金に関する受領を、事業主に委任します。 (健康保険組合→事業主→本人口座)		委任します 印
	届出委任 について	※届出を事業主に委任される場合(右の承認印を押印) 添付書類をそろえて事業主へ提出し事業主から健保へ ※届出を事業主に委任しない場合(右の委任の承認印は押印不要) ①被保険者の記号、番号、氏名を記入し事業主へ提出 ②事業主から受領代理人である事業主印を押印されたものを受取る ③残りの必要事項を記入し、添付書類と一緒に被保険者から直接健康保険組合へ届出を行う		委任します 印

上記の事由に該当するため、申出します。 年 月 日

事業主 証明欄	受領の代理人であることを証明します。 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
事業主名	TEL ()

- 注意事項
- ・診療の場合は、領収書及び傷病名が印字された診療内容明細書の原紙を添付し、月ごとに申請してください。
診療内容明細書は健康保険組合のホームページ内にあります。
 - ・装具の場合は、領収書および医師の意見書(装具装着証明書)の原紙を添付してください。
 - ・靴型装具については当該装具の写真(全体・上・下の3方向)を添付してください。
 - ・9歳未満の治療用眼鏡の場合は、医師の作成指示書および領収書の原紙を添付してください。
 - ・海外の場合は、和訳及び診療内容明細書(海外用)、領収書の原紙を添付してください。
 - ・大阪ガス社員で届出を委任しない方は、①の時に返送用の重要便シールを同封してください。

健保組 合記入 欄	給付対象額 円	本人負担額 円	療養費 円	高額療養費 円	付加金 円	支給決定額 円
-----------------	------------	------------	----------	------------	----------	------------

※提出先 (大阪ガス)人事部人事サービス
(関係会社)各事業所 人事総務
(任意継続)大阪ガス健康保険組合

大阪ガス健康保険組合

受付日付印

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。