

	付加給付	有・無	常務理事	事務長	会計	扱者	
支給決定額	円						

野村証券健康保険組合理事長殿

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
被扶養者

マイナンバーではなく、「資格情報のお知らせ」に記載の記号・番号を記入

被保険者等 記号・番号	記号	3	3	○	×						
	番号	1	1	1	×	×	×	×			
被保険者氏名	○村 ○郎					生年月日	昭和 平成	○年○月○日			
被保険者の住所	〒 ○○○-○○○○ ○○市○○町○-○-○						電話番号 0××(○○○)○○○○				
所属会社 部店名	野村証券(株) ○○支店						内線番号□ 8-○○○-○○○				
社内e-mailアドレス	marumura-1234@jp.nomura.com										
療養が被扶養者に関するときはその方の	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	
傷病名	腰椎椎間板ヘルニア					発病又は 負傷の年月日	平成 令和	○年○月○日			
発病又は負傷の原因 およびその経過	重い物を持ち上げる際					第三者行為による ものですか		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
診療を受けた 病院等	名称	○○整形外科									
	所在地	○○市××町○-○-○									
診療の期間	自	○年○月○日	○	日間	入院・入院 外の別	<input checked="" type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 入院	入院の場合 入院期間	自	年	月	日
診療に要した 費用の額	13,500円		診療の内容			コルセット装着					
療養の給付を受けることができなかった理由	全額自費払いのため										

振込先 (被保険者 名義の口座)	銀行コード	○○	銀行 信金	支店コード	○○	支店 出張所
	口座番号	普通 当座 1230000				
	フリガナ	マルムラ マルロウ				
	口座氏名	○村 ○郎				

<添付書類>

- ・装具などを購入したとき : 領収書(原本)・装具の明細書(品名、材質等記載されたもの)・保険医の証明書・靴型装具の場合は装具のカラー写真または画像をメールにて送付
- ・保険証をもたずに受診したとき : 領収書(原本)・レセプト(診療報酬明細書。診療明細書では不可)

※お振込は病院からのレセプト内容確認後の支給(受診月の3~4ヶ月後)となります。