

付加給付	有・無	常務理事	事務長	会計	扱者	
支給決定額	円					

野村證券健康保険組合理事長殿

健康保険 被保険者 被扶養者		療養		Enter the symbol and number described in the "Notice of Credentials"										
Health Insurance Symbol/Number														
被保険者等 記号・番号	記号	3	3	○	×									
	番号	1	1	1	×	×								
Name of Insured Person	村 郎				Birth	生年月日 昭和 平成 年 月 日								
Address of Insured Person	市 町 - -				Telephone Number 電話番号 0 - - - - -									
被保険者の住所					Extension number 内線番号 8 - - -									
所属会 部店名	野村證券(株) 文店													
社内e-mailアドレス	marumura-1234@jp.nomura.com													
In the case of a dependent 療養が被扶養者に関するときはその方の	Name	生年 月日	Birth Date 昭和 平成 年 月 日	Relationship										
傷病名	腰椎	Name of Illness or Injury	発病又は 負傷の年月日 令和	Date of Illness or Injury 年 月 日										
発病又は負傷の原因 およびその経過	重	Cause of Illness or injury(Where,How)	三者行為によるものですか	いいえ はい										
診療を受けた 病院等	名称	整形外科				Treating Hospital Name & Address								
	所在地	市××町												
診療の期間	自 至	年 年	月 月	日 日	日間	入院・入院 外の別	入院外 入院	入院の場合 入院期間	自 至	年 年	月 月	日 日		
に要した 費用の額	13,500円				診療の内容	コルセット装着								
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													
Health-insurance benefit payee				Bank	Branch									
振込先 (被保険者 名義の口座)	銀行コード	銀行 信金		Account	支店コード	支店 出張所								
	普通 当座	口座番号	Account		フリガナ	マルムラ マルロウ								
	123	123		口座氏名	村 郎		Bank account name							

<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。

① Caused by a Third-party ? Circle one Yes : はい , No : いいえ

② Treating Period (Period of Provision), Number of days

③ Check one Hospitalization : 入院 , Non-Hospitalization : 入院以外

④ In the case of hospitalization / Hospitalization period

⑤ Amount of Treatment Expenses

⑥ Medical treatment details

⑦ Reasons it was not possible to receive medical care benefits

⑧ Documents to attach • If you purchased an orthosis, etc.: the receipt (original) and orthosis details (something stating the product name, material, etc.) • A certificate from the insurance doctor. In the case of orthopedic shoes, also send a color photo or image of the orthosis via email. • If you had an examination without an insurance card: the receipt (original) / Rezept (medical cost details only. Medical statements are not acceptable.) It will be paid after checking the content of the Rezept from the hospital. (3 ~ 4 months after)