脂質異常症 医師意見書 費用請求書

脂質異常症のプログラムを受けられた際に必要となる、医師意見書の費用をご請求いただけます。

領収書等の原本は返却できませんので、あらかじめコピーをおとりください。

被 の記号・番号 名称 [3]被保険者の 者が [4]被保険者の 生年月日 昭和 平成 年 月 目 [5]意見書を交付した 医療機関の名称 [6]意見書を記入した 医師の氏名 [7]意見書の 令和		F 4 34th / 17 17 A TV = T	=7.00			w D					[2] 吉米 三。								
13 13 13 14 15 15 15 15 15 15 15	被	[1]被保険者証	記号			番号					[2]事業所の								
15 15 15 15 15 15 15 15		の記ち・笛ち									冶 柳								
10 10 10 10 10 10 10 10		[3]被保険者の									[4]被保険者の	昭	和						
[5]意見書を交付した [6]意見書を記入した [8]意見書交付に [8]意見書写に [8]意見書 [8] [8		氏名									生年月日	平	成	年		月			日
下記のとおり申請します。 下記のとおいのとおいのとはのとはのとはのとはのとはのとはのとはのとはのとはのとはのとはのとはのとはの		「51音目聿を亦付した									「61音目聿を記入した								
[7]意見書の 令和 年 月 日 要した費用 日 日 日 日 日 日 日 日 日	入																		
1月 1月 1月 1月 1月 1月 1月 1月		区別域因の石が																	
交付日		[7]意見書の	⇔π								[8]意見書交付に								
1		交付日	וויינו		年	月		日			要した費用								円
**原本をご提出いただ際、コピーが必要な場合は必ずご自身で事前にコピーをおとりください チェック ① 意見書を交付された際の「領収書」(原本をご提出ください) 金額、同意書交付料であることがわかるもの □ ② 交付された医師の意見書(写し) **Iス・Iム・Iス様にご提出済の場合は添付不要です。 その場合、Iス・Iム・Iス様よりひかり健康保険組合へ意見書写しをご共有いただきます。 □ 【10]振込先 銀行 信組 本店 (フリガナ) ※被保険者名義 金庫 農協 支店 (口座名義) 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 〒 - 中 中 住所 をご確認 被保険者 氏名 (銀 下EL (日) (日) <t< td=""><td>3</td><td>[9]添付書類</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>添</td><td>付</td></t<>	3	[9]添付書類																添	付
① 意見書を交付された際の「領収書」(原本をと提出代され) 金銀、同意書を付われてあることがからもの ② 交付された医師の意見書(写し) ※エス・エム・エス様にご提出済の場合は添付不要です。 その場合、エス・エム・エス様よりひかり健康保険組合へ意見書写しをご共有いただきます。 □ 10]振込先 ※被保険者名義 金庫 農協 支店 出張所 「口座名義) 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 〒 - 住所 被保険者 氏名 銀行 「日本 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・		※原本をご提出いただく際、コピーが必要な場合は必ずご自身で事前にコピ					にコピー	ーをおとりくた	ぎさい										
方法 ※エス・エム・エス様にご提出済の場合は添付不要です。 その場合、エス・エム・エス様よりひかり健康保険組合へ意見書写しをご共有いただきます。 [10]振込先 ※被保険者名義 銀行信組 金庫 農協 本店 文店 出張所 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 〒 - 中月 日 〒 - 住所 被保険者 在所 下とこ 大名 10 10		① 意見書を交付された際の「領収書」(原本をご提出ください)					ŝ												
その場合、エス・エム・エス様よりひかり健康保険組合へ意見書写しをご共有いただきます。 (フリガナ)		② 交付された医師の意見書 (写し)				;	※エス・エム・エス様にご提出済の場合は添付不要です。						7						
2								その場合、	エス・エ	[7.T	ス様よりひかり健康保険組合	うへ意見	見書写しをご	共有に	ただきま	す。			_
※被保険者名義 金庫 農協 支店 出張所 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日		[10]振込先				銀行(信組				本	店	(フリガナ)						
出張所 対金種別 普通 ・ 当座 支店コード 1 口座番号 口座番号 口座番号 口座番号 口座番号 口座番号 日本		※被保険者名義				金庫	豊協	5. 支腔			(口座名義)								
預金種別 普通 ・ 当座 支店コード 日 日 日 〒 - 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	i																		
上記のとおり申請します。			75 A 15 DU		#\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	, etc.													
正記のとおり申請します。			預金種別		普通・ 当		文占」	I-N					口座番号						
入例をご確認くださ 年月日日 〒 - 住所 接保険者 氏名 TEL		上記のとおり申請します。																	
例を で確認 を放保険者 大名 (大名) (大2) (大		△1 0	/			_													
で確認 被保険者 大き TEL		一种	牛	月	日	т			-										
確認 被保険者	を																		
認						住	所												
だ さ TEL					被保険	诸													
TEL TEL						氏:	名							₽					
						тг	=1												
						IE	.L						7 h+	小人名主	唐但图	备组 <i>全</i>	押事	臣 民	凸
	_ v.												07.) JIKE		大仙口	*土于	攻州	x

202310作成

健康	資格取得日	平成 ・ 令和	年	月	日
保	資格喪失日	平成 ・ 令和	年	月	日
険 組	扶養認定日	平成 ・ 令和	年	月	日
合の記	支給額				円
入欄	支払年月日	令和	年	月	日

	受付日付印					
常務理事	事務長	経理担当	給付担当			
備考						

【記入例】

【記入する際の注意】

- 黒のボールペンで記入してください。
- 記入内容を訂正する場合は、間違えた部分に二重線を引いて被保険者の印鑑を押してください。

脂質異常症 医師意見書 費用請求書

脂質異常症のプログラムを受けられた際に必要となる、医師意見書の費用をご請求いただけます。 領収書等の原本は返却できませんので、あらかじめコピーをおとりください。

[9] 提出前に、添付書類が揃っているかご確認ください。

※領収書などのコピーが必要な場合は、必ずご自身で事前にコピーをおとりください。

| | [10]被保険者名義の口 | 座を記入してください

粉森	[1]被保険者証 の記号・番号	^{記号} 1	番号	1234	}	[2]事業所の 名称	株式会	会社〇〇	000)
体険者が	[3]被保険者の 氏名	光 花子	2			[4] 被保険者の 生年月日	昭和 平成 #	π 1	. 月	23 E
記入す	[5]意見書を交付した 医療機関の名称	0000	病院			[6]意見書を記入した 医師の氏名	健康	太郎		
る と こ	[7]意見書の 交付日	令和 #	_年 4 _月	5 🛮	l l	[8]意見書交付に 要した費用			2,0	000 _P
3) (E	〜[9]添付書類 ※原本をご提出いたた	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	は必ずご自身で事前	「にコピーをおとりく)	ださい					添付 チェック
記入	① 意見書を交付され	た際の「領収書」(<mark>原本</mark>	をご提出ください)	金額、同	金額、同意書交付料であることがわかるもの					V
方	② 交付された医師の意見書 (写し)				※エス・エム・エス様にご提出済の場合は添付不要です。					
法					その場合、エス・エム・エス様よりひかり健康保険組合へ意見書写しをご共有いただきます。					
は 2	[10]振込先		銀行	(口面夕美)						
<u>/</u>	※被保険者名義	000	金庫						子	
ジ 目		預金種別 普通	• 当座	支店コード 1	2 3		口座番号	1 2	3 4	5 6 7
の 記	上記のとおり申	請します。		•						
入例を	令和 #	年 6 月 7	日	170	0021	l				
っ ご 確				断 〒17	1-002	1 東京都豊	島区西池	袋〇〇	-00	
認くだ		7	波保険者 日	名光 在	艺子			*		
たさい			Т	EL 090-	$\triangle\triangle\triangle$	△-□□□□])健康保険	組合理	事長 殿

202310作成

健康	資格取得日	平成 ・ 令和	年	月	日
保険	資格喪失日	平成・ 令和	年	月	日
組	扶養認定日	平成・令和	年	月	日
合の記	支給額				円
入欄	支払年月日	令和	年	月	日

支給支払決議書									
常務理事	事務長	経理担当	給付担当						
備考									

受付日付印