

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。

被保険者が記入するところ（記入方法は２ページ目の記入例をご確認ください）

[1]被保険者証の記号・番号	記号	番号	[2]事業所の名称												
[3]被保険者の氏名				[4]被保険者の生年月日	昭和	平成	年	月	日						
[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]意見書の交付日	令和	年	月	日	[8]意見書交付に要した費用	円									
[9]添付書類 ※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ーをおとりください															添付 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）				※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 支店 出張所	(フリガナ)										
					(口座名義)										
	預金種別	普通	当座	支店コード					口座番号						
上記のとおり申請します。															
令和 年 月 日 〒 -															
住所															
被保険者 氏名 ㊞															
TEL															
ひかり健康保険組合理事長 殿															

202310作成

健康保険組合の記入欄	資格取得日	平成・令和	年	月	日	
	資格喪失日	平成・令和	年	月	日	
	扶養認定日	平成・令和	年	月	日	
	支給額	円				
	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

【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。

[1] 記号・番号

[2] 事業所の名称は
保険証に記載されていま
す。

[9] 提出前に、添付書類
が揃っているか確認くだ
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

[1]被保険者証 の記号・番号	記号 1	番号 1234	[2]事業所の 名称	株式会社〇〇〇〇		
[3]被保険者の 氏名	光 花子		[4] 被保険者の 生年月日	昭和 平成 # 年 1 月 23 日		
[5]意見書を交付した 医療機関の名称	〇〇〇〇病院		[6]意見書を記入した 医師の氏名	健康 太郎		
[7]意見書の 交付日	令和 # 年 4 月 5 日		[8]意見書交付に 要した費用	2,000 円		
[9]添付書類 ※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ーをおとりください				添付 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）			※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	〇〇〇		銀行 〇〇〇 金庫 農協	本店 支店 出張所	(フリガナ) ヒカリ ハナコ (口座名義) 光 花子	
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						
上記のとおり申請します。 令和 # 年 6 月 7 日 〒 170 0021 住所 〒171-0021 東京都豊島区西池袋〇〇-〇〇 被保険者 氏名 光 花子 TEL 090-△△△△-□□□□ ひかり健康保険組合理事長 殿						

202310作成

健康 保 険 組 合 の 記 入 欄	資格取得日	平成・令和	年	月	日
	資格喪失日	平成・令和	年	月	日
	扶養認定日	平成・令和	年	月	日
	支給額	円			
	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