

常務理事	事務長		係

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)
家 族

1 2
被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等記号・番号(左づめ)	記号 〇〇	番号 △△△△△	事業所名 〇〇株式会社 △△営業所
	氏名	(フリガナ) クミアイ タロウ 組合 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 2 年 3 月 4 日 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 〇〇〇 - ××××) 〇〇市〇〇一丁目〇〇一△△		
	電話番号(日中の連絡先)	TEL 059 (123) 5678		

本申請書の提出を事業主へ委任します。

会社振込になりますので必ず✓をしてください

ページに続きます。>>>

添付書類	
医療費を自費で支払ったとき	<input type="checkbox"/> 領収書 < 原本 > <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書 (レセプト) < 原本 > <input type="checkbox"/> 調剤報酬明細書 (レセプト) < 原本 >
国保・他の保険者の健康保険を使用し医療費の返還を行ったとき	<input type="checkbox"/> 前健保の領収書又は返納書 < 原本 > <input type="checkbox"/> 前健保発行の診療報酬明細書 (レセプト) < 写し >
生血液の輸血したとき	<input type="checkbox"/> 輸血証明書 < 原本 > <input type="checkbox"/> 領収書 < 原本 >

添付書類を必ず確認してください

受付年月日	令和 年 月 日	資格取得	昭・平・令 年 月 日
伺年月日			
決裁年月日			
支給金額			

申請書はA4・両面印刷をお願いします

受付日付印

被保険者氏名 組合 太郎

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	組合 花子	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 30年 4月 1日
	2 傷病名	急性咽頭炎		3 発病または負傷年月日 令和 8年 1月 15日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input checked="" type="checkbox"/> 病気 (原因および経過) 風邪 <input type="checkbox"/> ケガ → 負傷原因報告書を併せてご提出ください。		
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		〇〇クリニック	〇〇市〇〇一丁目〇〇一△△	〇〇 〇〇
	6 診療を受けた期間	令和 8年 1月 15日	日から	日数 1日
		令和 8年 1月 15日	日まで	
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	令和 年 月 日	日から	日数 日
令和 年 月 日		日まで		
7 療養に要した費用の額	9,410 円			
8 診療の内容	別紙診療報酬明細書のとおり			
9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため <input type="checkbox"/> 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため <input type="checkbox"/> 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため <input checked="" type="checkbox"/> その他 (理由) 旅行にマイナ保険証を持っていかなかったため			