

健保記入欄	
支給額 (法定)	円

本人
 家族

療養費支給申請書 (立替払い)

年 月 日提出

【添付書類】
* 緊急等で保険証を持参しない医療機関に受診した場合、「以前の加入先への返納請求」によって支払明細書の写しを添付
* 保険証切り換え時に前の保険証を使用した場合、「以前の加入先への返納請求」によって支払明細書の写しを添付
* 療養報酬明細書の写しを添付

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号と番号	-	被保険者 (請求者) 氏名	(フリガナ)	印		
	事業所名		生年月日	昭・平 年 月 日生			
	所属 課・係・店等		メールBOX	自宅住所	〒 -		
	会社 TEL	外線	内線	自宅 TEL			
	受診者氏名	(フリガナ)	受診者の 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄	
	傷病名		負傷又は 発病した 状況又は 原因 (具体的に)	日時	年 月 日	午前 午後	時 分 頃
	傷病の経過			場所	①会社 ②通勤途中 ③自宅 ④その他 ()		
	受診した病院の 住所 病院名 及び医師名			状況			
	診療又は 手当の期間	自平成 令和 至	年 月 日	日間	診療又は手当に要した費用の額	円	
	療養の給付を受けることが出来なかった理由 (なぜ健康保険でできなかったのか)		立替払いのため <input type="checkbox"/> 当健保加入手続き中でまだ保険証が手元になかった ⇒ <input type="checkbox"/> 自費で受診した <input type="checkbox"/> 他保険者の保険証で受診した <input type="checkbox"/> 緊急時で保険証を持っていなかった <input type="checkbox"/> その他 ()				
第三者の行為 が原因ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	左の設問で 「はい」の場合		<input type="checkbox"/> 第三者が不明 <input type="checkbox"/> 第三者から療養費の補償がない (第三者から療養費の補償がある場合は健康保険組合からは重複して支給することが出来ません)			

* 被保険者証の記号番号を訂正する場合は、訂正印を押印してください。(修正液等不可)
* 被保険者(請求者)が自ら署名する場合には、訂正印は不要です。

委任欄	本請求書に基づく (事業所名) 給付金の受領を 令和 年 月 日 被保険者氏名	⑩ に委任します。 ⑩
-----	--	----------------

(資格喪失者のみ、振込依頼書にご記入下さい)

振込依頼	金融機関名	本・支店名	預金の種別	預金の番号	名義人名
	コード No.	コード No.	普通・当座	(フリガナ)	

備考	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。 (マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)
----	---

事業所担当者印	健保受付印
---------	-------

* 医療機関と薬局は、別々に申請書を作成してください。
* 療養費の請求権の消滅時効は、診療を受けた日の翌日から2年間となります。