

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)

H27年 3月 10日提出

*【添付書類】
 *緊急等で保険証を持参しないで医療機関に受診した場合、「領収書の原本」と「診療報酬明細書の写し」を添付
 *保険証切り換え時に以前の保険証を使用した場合、「以前の加入先への返納請求」によって支払った領収書（原本）及び「診療報酬明細書の写し」を添付

被 保 者 記 入 欄	被保険者証の 記号と番号	1 - 123456		被保険者 (請求者) 氏名	(フリガナ) ヤマハ タロウ 山葉 太郎	印	
	事業所名	ヤマハ(株) 掛川工場		生年月日	昭・平 40年 1月 6日生		
	所属 課・係・店等	GP組立	メールBOX KK	自宅住所	〒 430 - 1101 浜松市中区中沢町1111		
	会社 TEL	外線 0537-24-7722	内線 1234	自宅 TEL	053-472-1000		
	受診者氏名	(フリガナ) 本人		受診者の 生年月日	昭和・ 平成	年 月 日	被保険者 との続柄
	傷病名	右足関節捻挫		負傷又は 発病した 状況又は 原因 (具体的に)	日時	H27年 3月 1日 午前 時 分 秒	
	傷病の経過	完治			場所	①会社 ②通勤途中 ③自宅 ④その他 (〇〇〇スキー場)	
	傷病の経過	完治			状況	スキー中、自己転倒し、足をひねる	
	受診した病院の 住所 病院名 及び医師名	浜松市中区中沢町999 鈴木整形外科 鈴木一夫		診療又は 手当の内容	診察のうえ、湿布薬を処方された		
	診療又は 手当の期間	自平成 27年 3月 1日	至平成 年 月 日	1日間	診療又は手当に要した費用の額	950 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 checked="" 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 checked="" 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は、被保険者の押印は不要です。

被保険者が自ら署名する場合は、被保険者の押印は不要です。

委 任 欄	本請求書に基づく (事業所名) 給付金の受領を 平成 27年 3月 10日	④ に委任します。
	被保険者氏名 山葉 太郎	(山葉) 印

(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
			普通・当座		(フリガナ)
コード No.	コード No.				

備考	事業所担当者印	健保受付印
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。)		

* 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。

退職後にご請求される方はご希望の振込み先金融機関をご記入ください。
 (任意継続被保険者の方は、郵便局の口座にお振込みさせていただきますので記入は不要です。)

※ 2ヶ月以上にわたっている場合は、1ヶ月毎に申請書を作成してください。

- <<添付書類>>
- 緊急等のため保険証を持参しないで医療機関に受診した場合 ⇒ 「領収書(原本)」
「診療報酬明細書(レセプト)の写し」
 - 保険切り替え時に以前の保険証を使用した場合 ⇒ 「返納請求により支払った領収書」
「診療報酬明細書(レセプト)の写し」