

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (立替払い等)

被保険者証の 記号・番号			事業所の名称			
被 保 険 者 氏 名			被保険者 生年月日	昭和 平成	年 月 日	
申請者が被扶養者 に関するとき	氏 名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄
傷 病 名			発病または 負傷年月日	平成 令和	年 月 日	
発 病 の 原 因 お よ び 経 過	<input type="checkbox"/> 病気 原因および経過 <input type="checkbox"/> ケガ ⇒負傷原因届を併せてご提出ください。					
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 医 師 の 住 所 ・ 氏 名	医療機関の所在地		医療機関名称		診療した医師等の氏名	
	医療機関の所在地		医療機関名称		診療した医師等の氏名	
診 療 を 受 け た 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日	左記の期間に入院して いた場合は、その期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日		
療 養 に 要 し た 費 用	立替支払をした金額 円					
療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由	<input type="checkbox"/> 1. 入社して間もなくで、被保険者証が届いていなかったため <input type="checkbox"/> 2. 緊急にやむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため <input type="checkbox"/> 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> 4. その他 (理由)					
同 意 欄	保険給付決定に必要なが生じた場合、療養を受けた医療機関（海外を含む）等に、健康保険組合が文書等により 当該申請内容等について照会することに同意します。 被保険者氏名 印					
払 渡 し 希 望 銀 行 の 口 座	金融機関名	支店名 (店番)	口座番号		口座名義人氏名	
	銀行 信用金庫 信用農協	本店 支店 出張所	普通・当座		フリガナ 氏名	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 -

被保険者住所 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先 TEL ( ) - \_\_\_\_\_

(注)

- 血液代に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医師の証明書」及び「血液代金の領収書(原本)」を添付してください。
- 緊急その他やむを得ず診療を受け、自費で支払ったときは、その「診療報酬明細書」及び「領収書(原本)」を添付してください。
- 傷病が第三者の行為によるときは「第三者行為による被害届」を添付してください。

常務理事	事務長	副事務長	係	係	受付印