

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

|             |                  |   |             |  |
|-------------|------------------|---|-------------|--|
| 被保険者(申請者)情報 | 被保険者証の<br>(右づめ)  | 記号<br>2 2 7                                   | 番号<br>3 5 0 | 生年月日<br>年 月 日<br><input checked="" type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和<br>4 8 4 5 |
|             | 氏名               | (フリガナ) ケンポ タロウ<br>健保 太郎                       |             |  |
|             | 住所               | (〒 332 - 0035 ) 埼玉 都 道 川口市西青木<br>府 県<br>〇-〇-〇 |             |  |
|             | 電話番号<br>(日中の連絡先) | TEL 048 ( 258 ) ΔΔΔΔ                          |             |  |

|                 |            |  |                       |                      |                 |
|-----------------|------------|--|-----------------------|----------------------|-----------------|
| 振込先指定口座(被保険者口座) | 金融機関<br>名称 | 銀行コード: 0017<br>名称: 埼玉りそな   | 銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ( ) | 支店コード: 357<br>名称: 川口 | 本店 支店 出張所 本所 支所 |
|                 | 預金種別       | 1 1. 普通 3. 別段<br>2. 当座 4. 通知                                       | 口座番号                  | 9 8 7 6 5 4 ◇        | 左づめでご記入ください。    |
|                 | 口座名義       | ▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)<br>ケンポ ° タロウ |                       |                      | 口座名義<br>の区分     |

「2」の場合は必ず記入ください。

|              |                |  |          |
|--------------|----------------|--|----------|
| 受取代理人(健保口)の欄 | 被保険者<br>(申請者)  | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。<br>氏名<br>住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ | 令和 年 月 日 |
|              | 代理人<br>(健保口情報) | 上記指定口座ではなく、健保口への振り込みを指定される場合は、こちらへ記入ください。                      |          |
|              |                | 氏名<br>(フリガナ)   |          |

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

下記の書類を添付の上、申請ください。

- ・医療機関が発行した領収書(原本)
- ・医療機関が発行した明細書(写し可)

※点数が記載されていて明細がわかる領収書であれば、領収書のみで構いません。

受付日付印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者氏名 健保 太郎

|                        |                           |   |                |  |
|------------------------|---------------------------|---|----------------|--|
| 申請内容<br>(※記入必須)        | 1 受診者                     | 2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)   | 取得日または認定年月日    | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 |
|                        | 1 - ①家族の場合はその方の           | 氏名 健保 花子  | 生年月日           | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和            |
|                        | 2 傷病名                     | 急性胃腸炎   | 3 発病または負傷年月日   | 年 月 日  |
|                        | 4 発病の原因および経過(詳しく)         | 1. 病気 原因は不明。突然の胃痛により受診。<br>(原因および経過)<br>2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。   |                |  |
| 確認事項<br>(分かる範囲でご記入下さい) | 5 診療を受けた医療機関等の            | 名称 鳩ヶ谷総合病院  | 所在地 川口市南鳩ヶ谷◇-◇ |  |
|                        | 6 診療を受けた期間                | 年 月 日 平成 29 4 5 から 29 4 5 まで  | 日数 1           |  |
|                        | 6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間 | 年 月 日 平成  から 年 月 日 まで   | 日数             |  |
|                        | 7 療養に要した費用の額              | 3, 240 円  |                |  |
|                        | 8 診療の内容                   | 問診、点滴、投薬。   |                |  |
|                        | 9 療養費の支給申請の理由             | 1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため<br>2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため<br>3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため<br>9. その他 (理由) 被扶養者の加入手続き中で、保険証が手元に無かったため。 |                |  |

|  |  |   |
|--|--|---|
| 申請時に右記の書類を添付してください。<br>※添付を確認し、チェックしてください。 | 資格喪失後に以前の保険証で受診  | 保険証を提示せずに全額自己負担で受診  |
|  | <input type="checkbox"/> 1. 医療費を返納した際の領収書(原本)<br><input type="checkbox"/> 2. 診療報酬明細書写またはレセプト写(開封厳禁の封筒) | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 医療機関が発行した領収書(原本)<br><input checked="" type="checkbox"/> 2. 医療機関が発行した明細書(写し可) |