

# 健康保険 被保険者療養費 支給申請書 (立替払等)

被保険者 申請者 情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	健康保険の (右づめ)			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒 - )	都道 府県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します						

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族 (被扶養者)					
	1-① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	2 傷病名	3 発病または 負傷年月日					
	4 発病の原因および経過 (病院に行くきっかけ)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 2. ケガ					
	5 診療を受けた医療機関等	名称	所在地	診療した医師等の氏名			
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	から	年 月 日	まで	日数	日
	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	から	年 月 日	まで	日数	日
	7 療養に要した費用の額	円					
	9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 1. 入社して間もなくで、資格確認がとれなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、資格確認書もしくはマイナ保険証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者 (以前の健康保険組合) の資格確認書を使用したため 4. その他 (理由)					

事業主が証明するところ	上記のとおり相違ないことを証明します。 委任を受けた療養費及び同付加金の受領は貴組合との間で定められている所定の方法で受領いたします。						令和	年	月	日
	受任者	事業所	所在地				担当者名			
	氏名	名称	氏名	電話	( )					

・健康保険の記号番号を記入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、本人確認をするための添付書類が必要です  
被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

○添付書類  
・領収書の原紙  
・レセプト(健保用)

【健保使用欄】

支給・支払決議書	同年月日	令和 年 月 日										
	支払額	百万	十万	万	千	百	十	円				
	内訳	法定										
		付加										
		食事										
	期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)										
	計算式	円×7割・8割 / 個人負担 円										
資格	得	年	月	日	備考							
	喪	年	月	日								

常務理事	事務長	担当者

受付日付印 No.