

健康保険 被保険者
家 族 療養費支給申請書(立替払等)

常務理事	事務長	担当者
記入例		

【提出先】 東リ健康保険組合

被保険者情報	被保険者証の	記号	1234	番号	5678	事業所・所属部署	〇〇株式会社〇〇営業所
	氏名	健保 太郎				生年月日	1985 年 12 月 1 日
	住所	(〒 111 - 1111) 〇〇県〇〇市〇〇町2-15-6					
	電話番号 (日中の連絡先)	012	(234)	5678	

振込先	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。					
	金融機関名称	〇〇〇 銀行		〇〇〇 支店		
	預金種別	普通	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	右づめでご記入ください	
	口座名義 (被保険者)	ケンポ タロウ			カタカナでご記入ください	

被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です

記号番号ではなくマイナンバーでの申請をご希望の方は余白に記入してください。

マイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し(両面)」または「個人番号通知カードまたは個人番号が付記された住民票」と「本人を確認できる書類(運転免許証またはパスポート等)の写し」の添付が必要となります。

2ページに続きます >>>

【添付書類】

●「療養に要した費用の額」に関する証拠書類

保険証不携帯 → 診療報酬明細書, 診療費請求書兼領収書, 診療費明細書等

前健康保険組合の保険証使用 → 前健康保険組合へ振込んだ領収書 + 診療報酬明細書(写)【開封厳禁】

健保 使用 欄	資格取得年月日	年	月	日
	資格喪失年月日	年	月	日
	伺年月日	年	月	日
	支払年月日	年	月	日
	支給額	円		

受付印

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(立替払等)
家 族

1 2

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容	1 受診者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者) →	氏名	
			生年月日	年 月 日
	2 傷病名	急性虫垂炎	3 発病または負傷年月日	2023 年 2 月 10 日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input checked="" type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> けが → 『負傷原因届』を併せてご提出ください (原因および経過) [旅行先で腹痛がひどくなり、急遽最寄りの救急病院で診察を受けた。]		
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		〇〇総合病院	〇〇県〇〇市〇〇3-2-1	〇〇 〇〇
		〇〇薬局	〇〇県〇〇市〇〇3-2-2	〇〇 〇〇
	6 診療を受けた期間	2023 年 2 月 10 日 ~ 2023 年 2 月 16 日 日数 7 日		
	6-①上記の期間に入院していた場合は、その期間	2023 年 2 月 10 日 ~ 2023 年 2 月 16 日 日数 7 日		
7 療養に要した費用の額	565,880 円			
8 診療の内容	診察のうえ、腹腔鏡手術を行った。			
9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 入社して間もなく、保険証が届いていなかったため <input checked="" type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診し、保険証をもっていなかったため <input type="checkbox"/> 誤って他の保険者(健康保険組合等)の保険証を使用したため <input type="checkbox"/> その他 (理由) []			