

※	支	給	額	円

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 立替払 家族

添付書類は原本を提出してください

① 被保険者等 記号・番号	記号 9876 番号 54321	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください
② 氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
③ 氏名	健保 太郎	② 生年月日 昭和・平成 XX 年 XX 月 XX 日
④ 住所	〒 113-0000 東京 都府県 文京区〇〇 X-X-X	⑤ 電話番号 (日本の通話先) XX (XXXX) XXXX
⑥ 事業所名称	株式会社 〇〇〇〇	⑦ 問い合わせ先 (チェックが無い場合は事業所へ連絡いたします) <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 社労士

※【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

⑧ 申請内容	⑧ 受診者(どちらかに) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)
⑨ 家族の場合はその方の	氏名 健保 花子 生年月日 昭和・平成 △△ 年 △ 月 △ 日 続柄 (妻)
⑩ 傷病名	捻挫
⑪ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)	令和 XX 年 XX 月 XX 日
⑫ 発病又は負傷の原因及びその経過 (けがの場合は、日時、場所、どのように負傷されたか詳細に記入)	原因 自宅内の段差につまづいて 落ちてしまったもの
⑬ 第三者行為によるものですか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>
⑭ はいの場合	氏名 〇〇 〇〇
⑮ 診療を受けた病院等	名称 〇〇整形外科医院
⑯ 診療期間(支給期間)	所在地 東京都文京区△△ X-X-X 診療した医師の氏名 〇〇 〇〇
⑰ 診療期間(支給期間)	令和 5 年 10 月 1 日から 令和 5 年 10 月 1 日まで (日数 1 日)
⑱ 療養に要した費用	上記期間の入院・入院外の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院外 療養に要した費用 X,XXX 円 診療の内容 検査を受け、湿布を処方された
⑲ 療養の給付を受けることができなかった理由	1. 以前加入していた健康保険を使用してしまったため 2. マイナ保険証等を持参しなかったため ※理由を必ず詳細にご記入ください。 理由: 例:旅行中/帰省中の急病で、マイナ保険証等を携帯していなかったため。 例:入社/出生直後で、加入手続き中のため。氏名変更手続き中のため。

※振込先欄には被保険者(⑧欄の方)の口座または、事業所より届出されている口座をご記入ください。

⑥ 振込先	⑥ 公金受取口座 <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、下記の口座情報の記入は不要です。)
⑥ 金融機関名称	銀行コード 0123 XXXX (銀行 金庫・信託 預金種別 (普通) 当座・その他 ())
⑥ 口座名義	支店コード 456 △△△△ (支店) 本店・出張所 口座番号 (右つめて記入) 0234567 (その他) 口座名義区分 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 事業所の受領代理人
⑥ 口座名義	カタカナで記入 ケンボ タロウ

※委任状欄は事業所より届出されている口座へ振込みする場合のみご記入ください。

委任状	被保険者(申請者) 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。氏名
委任状	受領代理人 氏名

~~~~~受付日付印~~~~~

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 被保険者等記号・番号は、「マイナポータルの資格確認画面」、「資格情報のお知らせ」「資格確認書」のいずれかでご確認ください。わからない場合は、マイナンバーをご記入ください。
- 保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、③欄に被保険者名を記入し、右スペースに申請される方の氏名をご記入ください。(住所、振込先口座も同様です。) ※申請者が被扶養者以外の場合は戸籍謄本の原本等が必要となります。詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問合せください。
- 受診者が家族(被扶養者)の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。
- 傷病の原因が「相手がいるケガ」の場合は、当組合へご連絡いただいたうえ、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。 ※スポーツ中の怪我等で相手への損害賠償請求が生じない場合は「いいえ」に○をつけてください。
- 医療機関名をご記入ください。なお、薬剤に係る申請は、その薬局の名称等をご記入ください。
- 振込先は被保険者名義の口座を記入してください。ご家族の口座への振込は出来ません。振込先を事業所に指定する場合、委任状欄にご記入ください。 ※必ず「銀行コード」・「支店コード」は通帳等を確認のうえご記入ください。

※ 訂正箇所には、二重線を引き訂正してください。

※ 申請書は、個人ごと・月ごと・医療機関ごとに1枚ご記入ください。  
・病院と薬局分(外来と院外処方受診)を申請する場合、申請書は2枚必要です。

添付書類

|                                                        |                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療機関等の窓口で診療に要した費用の全額を自己負担している場合                        | ① 受診した医療機関から交付を受けた <b>診療報酬明細書</b> (注1) または、当組合の書式による診療報酬明細書に記入を受けてください。<br>(注1) 「診療報酬明細書」は「診療明細書」とは異なり、傷病名の入ったものです。医療機関に療養費申請をする旨を申出て交付を受けてください。<br>また、調剤薬局の場合は、調剤報酬明細書となります。 |
| 当組合の資格はあるが、以前加入していた健康保険で医療機関等を受診し、前保険者へ診療に要した費用を返還した場合 | ② <b>領収書(領収明細書)の原本</b><br>診療に要した費用を証明した医療機関等の領収書                                                                                                                              |
|                                                        | ① <b>診療報酬明細書</b> (前保険者より交付を受けてください。)<br>② <b>領収書の原本</b><br>返還請求された金額を前保険者へ支払ったことを証明する領収書                                                                                      |

注: ご提出いただいた原本は、お返しできませんので、ご了承ください。

※ 提出先住所 〒113-8566 東京都文京区湯島3-15-4 東京都電機健康保険組合 医療給付課