

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (立替払い用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号・番号			② 事業所	大阪本社・東京本社・退職者					
	③ 被保険者の氏名	フリガナ			④ 被保険者の 生年月日	昭和 年 月 日 平成				
	⑤ 療養を受けた者の 氏名・生年月日 続柄	氏 名	フリガナ		生年月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	続 柄
	⑥ 症病名									
	⑦ 発病または 負傷の 原因・状況 (なるべく くわしく)	いつ(発生日時) 令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃 どこで(場所) なにをしていて どのようにして 負傷したか 私用・通勤の行き帰り・仕事中						⑧ 第三者行為に よるものですか ・はい ・いいえ		
	⑨ 診療又は手当を 受けた病院等の	名称								
		所在地								
		医師の氏名								
	⑩ 診療又は手当を 受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	⑪ 入院の有無	あり・なし 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで					
	⑫ 診療又は手当を 受けた内容			⑬ 診療又は手当に 要した金額	円					
⑭ 療養の給付を受けることが できなかった理由	・資格の切り替え中だったなど、なるべく具体的にご記入をお願いします。									
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 ⑮ 〒 住所 フリガナ 被保険者(請求者) 氏名 ※日中お電話がつながる番号をお書きください。 電話 ()										
⑯ 委任状 上記保険給付金の受領を に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名					⑰ 振込先口座 公金受取口座 ☐ 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☑。利用しない場合は下記の欄を記入 銀行 金庫 信組 店・本店 支店・出張所 預金 種別 ・普通 口座 ・当座 番号 口座 名義 フリガナ					

- ◎ この申請書は、やむを得ない理由により医療機関等で健康保険の資格が確認できずに医療費を10割負担したときに申請してください。

記入するときの注意事項

- ・ 記入するときは、ボールペンを使用してください。
- ・ 提出するときは、記入もれのないように注意してください。
- ・ ⑦欄、けがをした場合（打撲、捻挫、骨折など）は、発生の原因・状況等についてくわしく記入してください。
- ・ ⑧欄、発病の原因が第三者行為（交通事故など）によるときは、「第三者行為用の負傷届」の提出が必要です。当健康保険組合にお尋ねください。
- ・ ⑪欄、⑩欄に記入した期間のうち、入院した期間があれば、その期間を記入してください。
- ・ ⑭欄の理由は具体的に必ず記入してください。
- ・ ⑮欄、住所は番地等を忘れないように（特に〇〇方、〇〇マンションなど）記入してください。
- ・ ⑰欄に、給付金の振込先口座を記入してください。
振込先を被保険者以外の方の口座に指定する場合は、⑯欄と⑰欄ともに記入してください。

※ 訂正したときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。なお、押印している場合は、上記の方法による訂正または押印した印による訂正のどちらかをしてください。

添付書類

やむを得ない理由により医療機関等で健康保険の資格が確認できずに医療費を10割負担したとき
⇒ 領収書の原本と診療（調剤）報酬明細書（**レセプト**）の（写）

やむを得ない理由で以前加入していた国民健康保険などの資格で医療機関等を受診したとき
⇒ 診療（調剤）報酬明細書（**レセプト**）の（写）と国民健康保険等に返納された返納金領収書の原本

※ 「診療明細書」では傷病名の確認ができませんので「診療明細書」ではなく、
診療報酬明細書（**レセプト**）を添付してください。
診療（調剤）報酬明細書（**レセプト**）の発行につきましては医療機関窓口へお申し出ください。