

支給額	円	支払年月日	令 年 月 日
資格取得	昭・平・令 年 月 日	資格喪失	令 年 月 日

理事長	常務理事	事務長	担当

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払等) 家 族

被保険者 (申請者) 情報	記号	番号	マイナンバー			
	(フリガナ)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	
	住所 (〒 -)		TEL	() -		

※任意継続被保険者は、以下にご本人名義の振込先をご記入ください。

振込口座	銀行 金庫 信組 農協 漁協		本店 支店 出張所
	普通	口座番号	口座名義

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	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	
	2 傷病名			3 発病または 負傷年月日	令和 年 月 日		
	4 発病の原因 および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) <input type="checkbox"/> 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。					
	5 診療を受けた 医療機関の	名称	所在地	診療した医師等の氏名			
		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	(令和)年 月 日	まで	日数	日
	6-① 上記期間に 入院していた 場合はその期間	(令和)年 月 日	から	(令和)年 月 日	まで	日数	日
	7 療養に要した 費用の額	円	8 診療の内容				
	9 療養費の 支給申請の 理由	<input type="checkbox"/> 1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため <input type="checkbox"/> 2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため <input type="checkbox"/> 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため <input type="checkbox"/> 4. その他 ()					

事業主証明欄	上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 年 月 日
	請求者より委任を受けた給付金は、当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ給付します。		
	事業所所在地		
	事業所名称 事業主氏名		

委任状	給付金の受領を上記事業主に委任します。	令和 年 月 日
	氏名 (自署)	※任意継続被保険者は記入しないでください。

受付日付印

添付書類

- ① 診療内容を記載した明細書 (傷病名の入ったもの)
- ② 領収書 (領収明細書) の原本

添付書類

※ご提出いただいた原本は返却できません。

<p>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</p>	<p>① 診療内容を記載した明細書（傷病名の入ったもの） 医療機関に療養費申請をする旨を申し出て交付を受けてください。</p> <p>② 領収書（領収明細書）の原本 診療に要した費用を証明した医療機関等の領収書</p>
<p>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</p>	<p>① 診療報酬明細書 前保険者より交付を受けてください。</p> <p>② 領収書（領収明細書）の原本 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</p>