

療養費支給申請書(立替払い用)

(第 1 回目 ●● 年 ● 月 ● 日 請求)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号・番号	記号 ●●	番号 ●●●●	フリガナ 被保険者自署 (社員本人) 生年月日	ケンポ 太郎 健保 太郎 (S)・H 60 年 6 月 6 日生
	現住所 電話番号	〒 (●●●●-●●●●) 東京都千代田区永田町 2-13 日中連絡可能な電話番号: 090-×××-××××			
	会社名	●●生命保険株式会		今回治療を受けた方のお名前 前をご記入ください。	●●支社
	受診者氏名	健保 花子		受診者の 生年月日 S (H) 30 年 3 月 3 日生 R	続柄 次女
	傷病名	急性上気道炎		発病又は 負傷の日時	●● 年 ● 月 ● 日 (● 時頃)
	発病または負傷 の原因を詳しく	ウィルス感染による			
	傷病の経過と現 在の状況を詳しく	●月●日の●時頃から咳・鼻水がひどく、熱も出てきたため受診。3日間薬を飲んだところ症状も緩和し、完治した。 現在の状況 ☒ 完治(良好) ☐ 療養中 ☐ 症状固定 ☐ その他()			
	医療機関と 担当医	医療機関名: ●●医院 担当医師名: ●●先生 いずれかにチェックをお願いします。			
	診療の内容	☒ 通院 ☐ 入院 ☐ 投薬		支払金額	5,600 円
	診療の期間等	診療期間等 20●●年●月● 日から 20●●年●月● 日まで		診療日数 2 日	・複数の医療機関にかかった場合には、医療機関毎に申請が必要です。 (医療機関・調剤薬局ごとに申請を分けてください) ・診療が2か月以上にわたった場合は、各月毎に申請してください
療養の給付を受け ることができなかった理由	☐ 以前加入していた保険証を使って受診した ☒ 緊急時で保険証を持っていなかった				
第三者行為によっ て負傷したもので すか	☐ はい ☒ いいえ 「はい」の場合、こちらに 記入要→		第三者行為の場合には、原則的に 健保からの支給ではなく、被害者か ら加害者である第三者へ請求をして いただくことになります。		
業務上または通 勤途上の負傷で すか	☐ はい ☒ いいえ		「はい」の場合事業主に報告の上、労災申請を行ってください (労災対象の場合は健康保険対象外です)		
振 込 先 口座	金融機関名	支店名		口座番号	口座名義
	●● 銀行 信用金庫 (銀行コード: 111)	●● 支店 (支店コード: 123)		普通預金 1 1 1 1 1 1 1	被保険者名義 (社員本人の口座)

※ 網掛け部分について、被保険者自らご記入ください。

※ 保険証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は番号欄へ記載してください。

受付日付印