

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)			自署の場合は押印を省略できます。		
住所	(〒	—)	都	道		
				府	県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/>
	口座名義	左づめでご記入ください。	
	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(ˆ)は1字としてご記入ください。)		口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	平成	年	月	日	
		氏名・印	印				
	代理人 (口座名義人)	(〒					—
		住所	(フリガナ)	委任者と代理人との関係			
	氏名・印	印					

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者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、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	<input type="text"/>
-----	----------------------

受付日付印	<input type="text"/>
-------	----------------------

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	<input type="text"/>	印
-------------------	----------------------	---

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①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 年 月 日
	2 傷病名		3 発病または負傷年月日	平成 年 月 日
	4 発病の原因および経過(ケガの場合は詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ 病気またはケガの原因		
	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
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	(平成) 年 月 日	から	年 月 日
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(平成) 年 月 日	から	年 月 日
	7 療養に要した費用の額	注. 保険証を提示せず10割負担した場合は10割の金額記載 円 注. 前の保険証を使用した場合は、医療費を返還した金額記載		
8 診療の内容				
9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> 1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため (理由) <input type="checkbox"/> 9. その他			

この申請に係る健保組合からの問い合わせ及び支給決定通知書の送付を事業所の担当者を通じて行うことに同意される場合は、右欄に署名・捺印をお願いします。

10 同意欄

被保険者(申請者)氏名

印

療養費支給申請書(立替払)の注意事項

1. この申請書の添付書類について

①被保険者証を提示できずに10割負担された場合(項目9の理由が1または2の方)

ア. 医療機関より発行された領収書と明細書の原本

②他の保険者の被保険者証を使用した場合(項目9の理由が3の方)

ア. 医療費を返還した際に発行された領収書の原本

イ. 医療費を返還した際に発行される診療報酬明細書

③項目9の理由が「9. その他」の方は、お手数でも倉庫業健康保険組合にご連絡ください。

2. マイナンバーによる申請について

平成29年1月以降、マイナンバーによる申請が可能となりましたので、被保険証に代わりマイナンバーで申請する場合は、備考欄にマイナンバーを記載してください。

マイナンバーで申請する場合は、番号確認のための個人番号カードの写等、本人確認のための免許証やパスポート等の写の添付が必要となりますので、ご注意ください。

3. 振込先指定口座は間違いのないよう正確に記入してください。

申請者(被保険者)以外の方に振込を希望する場合は、「受取代理人の欄」に申請者および代理人(※)の署名・捺印を必ずしてください。

(※)代理人とは、扶養家族の方も該当しますので、委任欄へ署名・捺印漏れがないようご注意ください。

4. 項目4の「発病の原因および経過」の欄で、傷病名が外傷性(ケガ)の場合は、負傷した原因を詳しく記入してください。

ケガの原因が業務上や通勤途中によるもので労働災害に該当するか否か、第三者の行為による負傷(交通事故等)か否かが重要となるため、記入にあたっては、いつ(休日)、どこで(自宅で)、何をして(階段から足を踏み外して)、どこを(右足を)、どのように(捻挫した)負傷したかを記入してください。

5. 項目7の「療養に要した費用の額」は添付する領収書の金額を記入してください。

6. 項目10の「同意欄」は事業所担当者へ手続きを委任されない場合は記入不要ですが、会社経由で提出する場合には必ず署名・捺印をお願い致します。

同意ない場合は、組合からの問合せおよび支給決定通知書の送付は、「被保険者(申請者)情報」に記載された電話番号とご住所へ連絡・送付致します。

7. この申請書の記入方法等について不明な点等ありましたら、

倉庫業健康保険組合 業務二課 TEL03-3642-8436 までお問合せ願います。