

こちらは記入例です。

実際に申請書に記入する際は、黒色又は青色の消えないボールペンを使用の上記入例に沿って記入してください。

|    |      |            |          |                |             |      |
|----|------|------------|----------|----------------|-------------|------|
| 入欄 | 健康保険 | 被保険者<br>家族 | 療養費支給申請書 | 立替払い・<br>治療用器具 | 支<br>給<br>額 | ¥    |
|    |      |            |          |                |             | (内訳) |

【ご注意ください】

- 訂正がある場合は被保険者(申請者)が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(申請者)以外の訂正は認められません。
- 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。
- 傷病の原因が「ケガ」の場合は「負傷原因届」、第三者の行為による場合は「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。
- 被保険者(申請者)及び事業所以外の代理人口座への給付金振込を希望する場合は、別紙・確認書類の添付が必要となります。

|                            |          |                  |  |      |               |  |
|----------------------------|----------|------------------|--|------|---------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 被保険者証    | 記号 ○○            | 番号 ○○  | 生年月日 | 昭平 ○年 ○月 ○日   |  |
|                            | 氏名       | (フリガナ) ガイシヨク タロウ | 必ず「本人(被保険者)」のカードを持っている方の氏名等を記入してください。<br>訂正がある場合は被保険者(請求者)が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(請求者)以外の訂正は認められません。 |      |               |  |
|                            |          | 外食 太郎            |  |      |               |  |
|                            | 住所       | 〒 ○○○ - ○○○○ 東京  | 都府   |      |               |  |
|                            | ○-○○○-○○ |                  |  |      |               |  |
|                            | 事業所名称    | 株式会社 ○△□         |  | 電話番号 | □□□-□□□□-□□□□ |  |

|             |                   |           |                       |      |   |
|-------------|-------------------|-----------|-----------------------|------|---|
| 振<br>込<br>先 | 金融機関名称            | ○○        | 銀行・信金・信組<br>農協・その他( ) | 預金種別 | 普通 当座・その他( )  |
|             | 口座名義<br>(カタカナで記入) | ガイシヨク タロウ | 支店・本店・出張所<br>その他( )   | 口座   | ※ゆうちょ銀行の場合※<br>【支店名】は必ず【一二六】等の<br>漢数字の支店名を記入してください。 |

|             |                      |                          |
|-------------|----------------------|--------------------------|
| 委<br>任<br>状 | 口座名義が代理人の場合にご記入ください。 | ※本人口座への振込の場合は記入しないでください※ |
|-------------|----------------------|--------------------------|

|                        |   |   |  |   |   |
|------------------------|---|---|--|---|---|
| 申<br>請<br>内<br>容       | 療養を受けた方                                       | 氏名 外食 太郎  |  |   |   |
|                        | 受診者(どちらかに✓)                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)  | 第三者行為によるものですか<br>(※はいの場合、【ご注意ください】③参照) | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> |   |
|                        | 生年月日  | 昭平・令 ○年 ○月 ○日   | 続柄 本人                                  | 外傷によるものですか<br>(※はいの場合、【ご注意ください】③参照)                                 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> |
|                        | 療養の給付を受ける<br>ことができなかった理由<br>(該当番号に○をつけてください。) | 1. 当組合に加入後、健康保険証が交付される前に受診し、医療費を全額自己負担したため。<br>2. 当組合に加入する前の保険者から交付された健康保険証を使用し、以前の保険者に医療費を返還したため。<br>3. 治療用の補装具、弱視治療用眼鏡を購入したため。<br>4. その他 ( )<br>※ 3・4の場合、傷病名・発病又は負傷年月日(療養開始日)を記入してください。 |  |   |   |
|                        | 傷病名   | <b>受診者1名につき申請書は1枚必要です。</b><br><b>複数名を1枚の申請書にまとめることはできません。</b>   |  |   |   |
|                        | 診療を受けた<br>医療機関名称                              |   |  |   |   |
|                        | 診療期間(支給期間)                                    |   |  |   |   |
| 上記期間に入院して<br>いた場合はその期間 |   |   |  |   |   |
| 療養に要した費用               |   |   |  |   |   |

提出する前に、記入漏れがないか確認してください。

(記入漏れがあると、申請書の返戻・審査期間の長期化等の可能性があります。)