

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
被 保 険 者 族
(立替払等)

令和 年 月 日

被保険者の記号-番号	被保険者の氏名			生 年 月 日	年 齢
〇〇〇 - 〇〇〇〇	(フリガナ) ケンコウ タロウ 健康 太郎			昭和 平成 51 年 2 月 1 日	42 歳
被 保 険 者 (申 請 者) の 住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇			〇〇県〇〇市〇〇〇町 〇丁目〇〇番〇〇〇号	
事 業 所 の 名 称	〇〇〇〇〇〇〇〇〇株式会社				
受 診 者 が 被 扶 養 者 の 場 合 は、 そ の 方 の	氏 名	生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年 月 日	被 保 険 者 か ら み た 続 柄
傷 病 名	インフルエンザ		発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	令 和 3 年 1 月 6 日 (負 傷 の 場 合 は 時 頃)	
発 病 又 は 負 傷 の 原 因 及 び そ の 経 過	旅行中急に発熱した				
第 三 者 行 為 に よ る 負 傷 で す か	はい ・ いいえ		仕 事 中 (業 務 上、通 勤 途 中) に よ る 負 傷 で す か	はい ・ いいえ	
診 療 を 受 け た 病 院 等	名 称	〇〇総合病院		診 療 し た 医 師 氏 名	〇〇 〇〇
	所 在 地	〇〇市〇〇〇 〇丁目〇〇〇-〇〇〇〇			
診 療 の 内 容					
診 療 区 分	入 院 ・ 外来		入 院 の 場 合 入 院 期 間		
			令 和	年 月 日	日 間
診 療 に 要 し た 費 用 の 額	25,000 円		令 和	年 月 日	
と こ ろ	療養の給付を受けることができなかった理由 ※該当する番号を○で囲んでください。 5.の場合は理由をご記入ください。				
	1. 加入手続き中で保険証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し保険証を持っていなかったため 3. 誤って当健康保険組合以外の保険証を使用してしまったため 4. 生血の費用を支払ったため 5. その他〔 〕				
支 払 金 融 機 関	銀 行 名	支 店 名 又 は 店 名	口 座 種 別	口 座 番 号	口 座 名 義 人 (カ タ カ ナ)
	〇〇銀行	〇〇支店	普通 当座	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	ケンコウ タロウ
郵 便 局	郵 便 局	記 号	の	番 号	口 座 名 義 人 (カ タ カ ナ)
	9 9 0 0				

(添付書類についての注意)

(R3.7)

療養の給付を受けることができなかった理由が、

2. の場合 ・ 病院で支払った際の領収書(原本)
・ 医療機関(調剤分は調剤薬局)発行の「診療明細書」の原本または裏面「領収(診療)明細書」に医療機関(調剤分は調剤薬局)にて内容の証明を受けたもの
3. の場合 ・ 医療費を返還した際の領収書(原本)
・ 診療報酬明細書(レセプト)※封を開けずに添付してください。
4. の場合 ・ 生血代金の領収書(原本)
・ 輸血を必要とする医師の証明書(原本)

鉄道弘済会健康保険組合

受付日付印