

# 療養費支給申請書

(保険証不携帯・前の健保使用)

〇〇年 〇月 〇日提出

## 記入例

被 保 険 者 の 一 般 情 報	被保険者証 記号-番号	1 - 1 2 3 4 5 6	フリガナ	ケンボ タロウ											
	被保険者氏名 (署名)	健保 太朗							<small>請求書裏面、記入例を全て確認の上、請求します。</small>						
保 険 者 の 住 居 情 報	所 属	〇〇 部 〇〇 室	工場 課												
	社内メール	1 2 3 4	内線 又は外線	5 5 1 - 1 2 3 4 5	書記名	〇〇	書	<b>必ず請求書裏面、記入例を全て 確認した上で請求して下さい。</b>							
被保険者住所	〒 4 4 8 - 〇〇〇〇		愛知 都・道 府・県 〇〇 市 区 〇〇 区・町 村 〇丁目〇番地		TEL ( 0 5 6 6 ) 〇〇 - 〇〇〇〇										
請 求 者 の 情 報	療養を受けた 方の氏名	健保 花		生年月日	S ( H ) R	〇〇年 〇月 〇日	続柄	長女							
	医療扶助該当 の有無	有 無	有の場合 1. 子と	<b>医療扶助「有」・・・病院で治療を受けた際に、 窓口で個人負担の一部または全部を 支払っていない方</b>					受診日	〇年 〇月 〇〇日 ( 月 )					
が 記 入 す る と こ ろ	傷病名	急性気管支炎			保険証を提示できな かった理由		旅行に保険証を持っていかなかったため								
	発病又は負傷の原因 (外傷病名のみ)※	どこで			何をしていますか のどの痛み、発熱のため受診										
入 る と こ ろ	第三者行為又は業務上(通勤中も含む)による傷病ですか?	<input type="checkbox"/> はい →申請前に健保組合までお問合せください <input type="checkbox"/> いいえ													
	学校生活でのお怪我の場合、スポーツ共済に申請しますか?(該当者のみご回答ください)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ													
療 養 を 受 け た 医 療 機 関	名 称	〇〇〇〇クリニック					療養に要した費用 (領収書金額)								
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番地					9,800 円								
	医師名	〇〇 〇〇													
給 付 金 振 込 先	振込先(被保険者名義) ※裏面の3項⑤をご確認下さい。														
	フリガナ	〇〇〇〇	〇〇〇	店 番	1	2	3	口座番号	0	0	1	2	3	4	5
	〇〇〇〇	銀行・信金 信組・農協	〇〇	店	預金種別			フリガナ	ケンボ タロウ						
金融機関コード (健保記入)				普通・当座	口座名義人氏名			健保 太朗							

### 申請する理由と必要書類

申請する理由	保険証不携帯による自費診療	前健保資格喪失後の返納金	提出前の最終チェック
必要書類 (書類の確認の際に ご利用下さい)	① <input checked="" type="checkbox"/> 領収書(原本) ② <input checked="" type="checkbox"/> レセプト(原本) ※病院に発行を依頼	① <input type="checkbox"/> 加入前の健保へ 返金した際の領収証(原本) ② <input type="checkbox"/> レセプト(原本) ※加入前の健保へ発行を依頼	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書は原本が添付してありますか <input checked="" type="checkbox"/> レセプトが添付してありますか ※決定通知書はD'sぼーたるへの掲載となります。 <input checked="" type="checkbox"/> D'sぼーたるは登録してありますか

保険証不携帯による自費診療・・・同月内に医療機関に保険証を提示すれば保険診療に切り替えていただける場合があります。  
その場合、健保への申請は不要になりますので、一度医療機関に確認されることをお勧めします。

健康保 険組 合使 用欄	給付区分コード	111. 療養費 118. 海外療養費 201. 補装具 その他 ( )					支給番号	5 0 0				
区 分	1. 本入 2. 本外 3. 六入 4. 六外 5. 家入 6. 家外 7. 高入一 8. 高外一 9. 高入7 0. 高外7											
資格取得日	資格喪失日		支給期間			R	年	月	日から			
家族番号	医療扶助	有 ( ) ・ 無		R	年	月	日まで	日間				
診療実額	円	給付額合計	円	付加金・高額療養費	無・有・停止							
備考												

※ 外傷病名とは、骨折、捻挫、挫傷などで  
何らかの原因がある傷病です。  
(特に原因が特定できないときは不詳とご記入下さい。)

室 長	検 討	担 当	受 付