

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払等)

| | | | |
|------|-------|----|--------|
| 被保険者 | 被保険者証 | 記号 | 被保険者氏名 |
| | | 番号 | |

下記のとおり療養費の支給を申請します

| | | | |
|-------------|--|---|--|
| 申請内容 | 受診者 | <input type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名: _____ 続柄: _____) | |
| | 傷病名 | 発病または負傷年月日 | 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| | 発病または負傷原因及びその経過 | | |
| | 診療を受けた医療機関等 | 名称 | 診療した医師等の氏名 |
| | | 所在地 | |
| | 診療を受けた期間 | 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から | 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで |
| 療養に要した費用の額 | 円 _____ | <input type="checkbox"/> 第三者行為による ときはその事実 | <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する …別途届出が必要です |
| 療養費の支給申請の理由 | 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. 緊急時やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 以前加入していた健康保険の被保険者証を使用したため 4. その他 (理由) _____ | | |

※ 診療月毎、医療機関毎(医科・歯科・調剤別)、入院・外来別に分けて請求してください。

※ 保険証の記号が「1300」の方や、請求時に退職されている方は①振込先をご記入ください。(ゆうちょ銀行の取り扱いはありません) 上記以外の方は、事業所経由で支給されますので、②委任状欄へご記入ください。

| | | | | | | |
|---|-----------------------------|---|---|----------------------------|---------------|--|
| ① 振込先口座 | 金融機関名称 | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> その他 (_____) | <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支所 | 預金種別 | 1. 普通 2. 当座 | |
| | 口座番号 | _____ | (フリガナ) _____ | 口座名義の区分 | 1. 申請者 2. 代理人 | |
| ※「代理人」が当健保加入の被扶養者以外の場合は、被保険者との続柄を証明する書類を添付してください。 | | | | | | |
| ② 委任状 | 本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 | | | 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | |
| | 被保険者 (申請者) | 住所 | 氏名 | | | |

添付書類 (1) 診療報酬明細書(傷病名の記載があるもの) ※傷病名の記載がないものは不可となります。
 (2) 立て替えた費用の額が記載された領収証の原本

【注】 横浜ゴム健康保険組合が「やむを得ない事情がある」と認めた場合、給付を受けることができます。

【被保険者のマイナンバー記載欄】 ※上記に被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。

| |
|-------|
| _____ |
|-------|

マイナンバーで申請の場合: 1. 本人確認のため、通知カード等の写しも添付してください。
 2. 申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。

健保受付印