

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	1500	被保険者氏名
		番号	999999	

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 checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名: 横浜 健太郎 続柄: 長男)			
	傷病名	左足アキレス腱断裂	発病または負傷年月日	令和 3年 4月 3日	
	発病または負傷原因及びその経過	保険証不携帯のままラグビーの部活動で遠征した。練習試合中に負傷し、遠征先の病院で診療してもらったため立替払いとなった			
	診療を受けた医療機関等	名称	八王子**総合病院	診療した医師等の氏名	*** **
		所在地	東京都八王子市**町1丁目2-3		
	診療を受けた期間	令和 3年 4月 3日から	令和 3年 4月 3日まで	日数	1日
療養に要した費用の額	6,950 円	第三者行為による場合はその事実	<input checked="" 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・外来別に於て請求してください。

\* 保険証上記以外に **保険証の記号が「1300」の方と、請求時に退職されている方は①に被保険者名義の振込口座を記入してください。** (銀行の取り扱いはありません)

① 振込先口座	金融機関名称	(フリガナ)	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
② 委任状	住所	千葉県館山市寿町〇〇番 〇〇〇号室		
	氏名	横浜 康夫		

令和 3年 4月 7日

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

【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

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  
2. 申請書を郵送する場合は「簡易書留

横浜ゴム健康保

【例】

