健康保険 被保険者 家族 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		☐ 被保険者 ・ ☐ 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	日数 日
療養に要した費用の額	円	第三者行為によるときはその事実 ☐ 該当しない ☐ 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. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため 2. 資格確認書/マイナンバー保険証の持参を忘れたため 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため 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	銀行 金庫 組合 その他（ ）	本店 支店 出張所 支所	預金種別	1. 普通 2. 当座
口座番号		（フリガナ）口座名義 （ ）	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、通知ｶｰﾄﾞ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

横浜ゴム健康保険組合