

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	横浜 康夫

下記のとおり療養費の支給を申請します

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 ときはその事実	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する (別添書類が必要です)
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、寛重な状態であったため 2. 資格認定書/マイナンバー制度等の持参を求められたため 3. 他の医療費で資格喪失状を受診し、別途別の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(内科・歯科・眼科等)、入院・外注別に分けて請求してください。

※ 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。

① 振込先口座	金融機関名称	口座番号	口座名義の区分
	口座名義	口座名義	1. 申請者 2. 代理人
② 委任状	被保険者 (申請者) 氏名	住所	令和 3 年 4 月 7 日
	氏名	千葉県館山市寿町〇〇番 〇〇〇号室	横浜 康夫

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」

【被保険者のマイナンバー制度】 ※上記は被保険者証の記入

マイナンバーで申請の場合: 本人確認のため、通知カード等の申請書を提出する必要があります

横浜ゴム健康

【例】

患者番号	氏名	科	受付日
受診科			
部	項目名	点数	回数
医学管理	*	0	1
注射	*	0	1
	*	5	1
	*	40	1
	*		1

「診療明細書」で申請はできません