

記入例

太陽生命健康保険組合理事長 殿

※ 1人の受診者が複数の医療機関(薬局含む)で受診した際の申請であっても、申請書は1枚です。

被保険者  
 被扶養者

療養費支給申請書(立替)

|  |  |                    |  |                            |         |                              |                             |                                       |
|--|--|--------------------|--|----------------------------|---------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | (1)  | 被保険者等              | 記号   | 0000                       | 番号      | 11111                        |                             |                                       |
|  | (2)  | 被保険者               | 氏名   | 太陽 花子                      | (3)     | 被保険者が勤務する(していた)部署・支社・関連会社の名称 | 太陽生命〇〇支社                    |                                       |
|  |  |                    | 生年月日   | 昭平 50年4月1日 (48歳)           |         |                              |                             |                                       |
|  | (4)  | 療養を受けた方            | 氏名   | 太陽 花子                      | (5)     | 被保険者との続柄                     | 本人                          |                                       |
|  |  |                    | 生年月日   | 昭平・令 50年4月1日 (48歳)         |         |                              |                             |                                       |
|  | (6)  | 傷病名                | 糖尿病  |                            |         | (7)                          | 発病又は負傷年月日                   | 平 4年10月1日                             |
|  | (8)  | 発病又は負傷の原因および経過     | <input checked="" type="checkbox"/> 業務外・病気 <input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 出社・退社途上 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> その他 ※を記についてチェックしてください<br>*詳しく記入してください<br>不明 その後の経過は良好   |                            |         |                              |                             |                                       |
|  | (9)  | 第三者の行為による負傷であるとき   | その事実と届出の有無   | 該当せず                       |         | 加害者の氏名                       |                             |                                       |
|  |  |                    |  |                            |         | 加害者の住所                       |                             |                                       |
|  | (10)   | 医療機関の名称・所在地及び医師の氏名 | 名称   | ABC病院                      |         | (11)                         | 所在地及び電話番号                   | 海外の病院所在地<br>TEL 国番号 ( 33 ) 0123456789 |
|  |  |                    | 氏名   | 担当医師名                      |         |                              |                             |                                       |
|  | (12)   | 診療内容               | 入院して食事療法を受けた。  |                            |         | 入院期間                         | 自 令 4年10月1日<br>至 令 4年10月10日 |                                       |
|  | (13)   | 診療期間               | 自 令 4年10月1日  | 10日間                       | (14)    | 診療又は手当に要した費用の額               | 100,000 円                   |                                       |
|  |  |                    | 至 令 4年10月10日   |                            |         |                              |                             |                                       |
|  | (15)   | 申請理由               | <input type="checkbox"/> 健康保険の手続き中で医療機関等で資格を確認できなかったため<br><input type="checkbox"/> 入社前の健康保険で医療機関等を受診したため ※受療者の資格取得日( )<br><input checked="" type="checkbox"/> 海外の病院で受診したため<br>※診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を選んでください<br><input checked="" type="checkbox"/> 海外勤務(同行家族を含む) <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 留学 その他( )<br><input type="checkbox"/> 輸血時の生血代 |                            |         |                              |                             |                                       |
|  | (16)   | 振込口座               | 在職者  | 給与口座にお振込みいたします。            |         |                              |                             |                                       |
|  |  |                    | 退職者  | ※退職者の方は振込希望の銀行口座を記入してください。 |         |                              |                             |                                       |
| 金融機関名称   |  |                    |  | 本・支店名                      | 種別      | 口座番号                         | 名義人(カナ)                     |                                       |
|  |  | 〇×銀行               | 〇×支店   | 普通                         | 1234567 | タイヨウ ハナコ                     |                             |                                       |
| (17)   | 上記のとおり申請します。<br>令和 5年4月1日<br>〒 000-0000 TEL 03 ( 0000 ) 1111<br>被保険者の 住所 東京都東区城東1-2-3<br>フリガナ タイヨウ ハナコ<br>氏名 太陽 花子 |                    |  |                            |         |                              |                             |                                       |

健康保険適用の医療費(10割)の金額を記入してください。不明な場合は空欄でも構いません。

※振込口座を公金受取口座とする場合は本申請書とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。

受付日付印

★添付書類については、裏面を参照し不備がないように申請してください。

【添付書類について】

|   |  |
|---|--|
| 添付書類及び注意事項  | <input type="checkbox"/> <b>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場合</b><br><b>資格確認書の交付を受けているが受診時に忘れてやむを得ず全額を自費で支払った場合</b>  |
|   | <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書、調剤報酬明細書(院外処方の場合)<br>健康保険組合へ請求することを医療機関に申し出て「診療報酬明細書」「調剤報酬明細書」を発行してもらってください。<br><u>「診療明細書」「調剤明細書」ではありませんのでご注意ください。</u> |
|   | <input type="checkbox"/> 医療機関が発行した領収書(原本)<br>※当月中であれば、後日マイナ保険証や資格確認書を提示して医療機関で精算できる場合もありますので医療機関へご確認ください。  |
|   | <input type="checkbox"/> <b>以前加入していた健康保険で医療機関を受診してしまった場合</b>   |
|   | <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書、調剤報酬明細書(院外処方の場合)<br>※医療費を返還した保険者から交付を受けた診療報酬明細書あるいは調剤報酬明細書<br>(封かんされている場合は開封しないで封筒ごと添付してください。)                        |
|   | <input type="checkbox"/> 医療費を返還したときの領収書(原本)  |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>海外で医療を受けた場合</b>  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> ①【医科・歯科】現地でお支払した際の領収書(原本)<br><input checked="" type="checkbox"/> ②【医科】海外用「診療内容明細書」…(様式添付あり)<br><input checked="" type="checkbox"/> ③【医科・歯科共通】海外用「領収明細書」…(様式添付あり)<br><input checked="" type="checkbox"/> ④【歯科】海外用「歯科診療内容明細書」…(様式添付あり)<br><input checked="" type="checkbox"/> 上記②～④については日本語翻訳<br><input checked="" type="checkbox"/> パスポートの写し(出入国が確認できる面、顔写真の面)<br><input checked="" type="checkbox"/> 調査に関わる同意書(海外療養費) |  |
| <input type="checkbox"/> <b>輸血時の生血代</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> 医師の輸血証明書(原本)<br><input type="checkbox"/> 医療機関が発行した領収書(原本)  |  |