

記入例

太陽生命健康保険組合理事長 殿

被保険者
 被扶養者

療養費支給申請書(立替)

※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 が 記 入 す る こ ろ | (1) | 被保険者証 | 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 | | |
| | (3) | | 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 | | |
| | (5) | | 生年月日 | 昭・平・令 50 年 4 月 1 日 (48歳) | | | | |
| | (6) | 傷病名 | 腰椎圧迫骨折 | | | (7) 発病又は負傷日 | 平 令 4 年 10 月 1 日 | |
| | (8) | 発病又は負傷の原因および経過 *詳しく記入してください | <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 ※左記についてチェックしてください 休日の買い物中 道路で滑って転倒した。その後の経過は良好 | | | | | |
| | (9) | 第三者の行為による負傷とある | その事実と届出の有無 | 該当せず | | | 加害者の氏名 | |
| | (10) | | 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 | 〇△病院 | | | (11) 所在地及び電話番号 | 〒 000-0000 東京都城南区城南1-2-3 TEL 03 (0000) 2222 |
| | (11) | | 氏名 | 日本 次郎 | | | | |
| | (12) | 診療内容 | 検査・レントゲン・手術などを受けた | | | 入院期間 | 自 令 4 年 10 月 1 日 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 | | |
| | (14) | | 至 令 4 年 10 月 10 日 | | | | | |
| | (15) | 申請理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 立替払い(保険証なしでの受診等) <input type="checkbox"/> 旧保険証使用 ※受療者の資格取得日(令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 海外の病院での受診 <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。 | | | | |
| | (17) | | 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。 | | | | |
| (17) | | 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) | うえのとおり申請します。 令和 5 年 4 月 1 日 〒 000-0000 TEL 03 (0000) 1111 住 所 東京都東区東東1-2-3 被保険者のフリガナ タイヨウ ハナコ 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。

| | |
|--|--|
| 添付書類及び注意事項 | <input checked="" type="checkbox"/> やむをえず保険医以外の医療機関で受診したときや保険者証等を提出できず全額を自費で支払った場合 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 診療報酬明細書、調剤報酬明細書(院外処方の場合) 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。 「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。 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関が発行した領収書(原本) ※当月中であれば、後日健康保険証を提示して医療機関で精算できる場合もありますのでご確認ください。 |
| | <input type="checkbox"/> 以前加入していた健康保険の被保険者証等を使用した場合 |
| | <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書、調剤報酬明細書(院外処方の場合) ※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(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 type="checkbox"/> 海外で医療を受けた場合 | |
| <input type="checkbox"/> ①【医科・歯科】現地でお支払した際の領収書(原本) <input type="checkbox"/> ②【医科】海外用「診療内容明細書」…(様式添付あり) <input type="checkbox"/> ③【医科・歯科共通】海外用「領収明細書」…(様式添付あり) <input type="checkbox"/> ④【歯科】海外用「歯科診療内容明細書」…(様式添付あり) <input type="checkbox"/> 上記②～④については日本語翻訳 <input 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) <input type="checkbox"/> 調査に関わる同意書(海外療養費) | |
| <input type="checkbox"/> 輸血時の生血代 | |
| <input type="checkbox"/> 医師の輸血証明書(原本) <input type="checkbox"/> 医療機関が発行した領収書(原本) | |