

被保険者
 被扶養者

療養費支給申請書(立替)

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者証	記号			番号		
	(2) 被保険者	氏名			(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		
		生年月日	昭・平	年 月 日 (歳)			
	(4) 療養を受けた方	氏名			(5) 被保険者との続柄		
		生年月日	昭・平・令	年 月 日 (歳)			
	(6) 傷病名				(7) 発病又は負傷日	平・令	年 月 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 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					
	(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			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			(11) 所在地及び電話番号	〒	
		氏名				TEL ()	
	(12) 診療内容				入院期間	自 平・令	年 月 日
						至 平・令	年 月 日
	(13) 診療期間	自 平・令	年 月	日間	(14) 診療又は手当に要した費用の額	円	
		至 平・令	年 月				
	(15) 申請理由	<input 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()					
<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	在籍者	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)	
				普通			
(17) うえのとおり申請します。 令和 年 月 日 〒 TEL () 住所 被保険者の フリガナ 氏 名							

※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、裏面を参照してください。

【添付書類について】

※ 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。

- 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
 - 診療報酬明細書(レセプト)※院外処方の場合は調剤報酬明細書
 - 医療機関が発行した領収書(原本)
- 以前加入していた健康保険の被保険者証等を使用してしまった場合
 - 診療報酬明細書(レセプト)※院外処方の場合は調剤報酬明細書(開封厳禁の封筒のまま)
 - 前加入の健康保険組合へ医療費を返還した領収書(原本)
- 海外で医療を受けた場合
 - ①【医科・歯科】現地でお支払した際の領収書(原本)
 - ②【医科】海外用「診療内容明細書」…(様式添付あり)
 - ③【医科・歯科共通】海外用「領収明細書」…(様式添付あり)
 - ④【歯科】海外用「歯科診療内容明細書」…(様式添付あり)
 - 上記②～④については日本語翻訳
 - パスポートの写し(出入国が確認できる面、顔写真の面)
 - 調査に関わる同意書(海外療養費)
- 輸血時の生血代
 - 医師の輸血証明書(原本)
 - 医療機関が発行した領収書(原本)