

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費 支給申請書(立替払等)

申請日 令和 年 月 日

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名 所属	
	氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	住所	(〒 -)		電話番号 (日中のご連絡先)	- -

申請内容	受診者氏名		続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	傷病名					
	発病または負傷 の原因およびその経過	いつ	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時頃	<input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 通勤中 <input type="checkbox"/> その他()
		どこで		どこを		
		どうした		経過	<input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 手術後良好 <input type="checkbox"/> その他()	
	受診した 医療機関	名称		診療した医師名		
		住所				
診療を受けた 期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	日間	
診療の内容		療養に要した 費用の額			円	
療養費支給 申請の理由	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため <input type="checkbox"/> 他の保険者(組合健保、国保等)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 <input type="checkbox"/> その他()					

注意事項	添付書類	医療費を10割負担した場合 医療機関発行の、 ① 領収書(原本) ② 診療明細書(原本)	他の保険者へ医療費を返還した場合 医療費返還先から受け取った、 ① 領収書(原本) ② 診療報酬明細書 ※封かんされているときは開封せず、 封筒ごと添付してください。
	振込先	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在職者へは事業主を通じて支給いたします。(給与同封) ・ 特例退職・任意継続被保険者へは加入時登録口座へ振り込みます。 	
	申請書 提出先	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在職者は事業主を通じて送付してください。(トーエネックは人事部給与厚生・年金Gへ) ・ 特例退職・任意継続被保険者は健康保険組合まで直接送付してください。 	

受付日付印