

支払	支払年月日	令和 年 月 日	健康保険組合使用欄	扱 者	受付日付印
決	支 給 額	円			
議	資 格 取 得	該当する方に○		割 ・ 8割	
書	年 月 日				

記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

被保険者 家族

療 養 費 支 給 申 請 書

(立替払等、治療用装)

チェック項目は該当するものに✓

① 被保険者記号・番号	記号 〇〇〇	② 氏名	フリガナ ケンポ タロウ	③ 生年月日	昭和 〇 年 1 月 1 日
	番号 〇〇〇〇〇		健保 太郎		平成 〇 年 1 月 1 日
④ 申請者の住所	〒 XXX - XXXX ※ 都道府県から記入してください				⑤ 電話番号
	〇〇県△△市□□□町1-1				〇〇〇-△△△△-□□□□
⑥ 事業所の名称	出向者は出向元を記入 〇〇〇〇株式会社				
⑦ 受診者が被扶養者	氏 健保 花子	生年月日	昭和 〇 年 2 月 1 日	続柄	長女
	被保険者の申請の場合は「該当せず」と記入				
⑧ 傷病名	左半月板損傷	⑨ 診療を受けた医療機関等	名称 〇△□病院	担当医師氏名	〇〇 〇〇
		所在地	〇〇県△△市□□□1-2-3		
⑩ 発病または負傷の原因及びその経過	いつ： 令和 〇 年 5 月 1 日(経) どこで： 中学校の体育館 何をしていて： バasketボールの試合中につまづき転倒した				⑪ 詳細記入
					□ いいえ
					□ はい → 記入上の注意をご確認ください
⑫ (立替払いの場合)診療期間	自 令和 年 月 日	日数	⑬ 治療用装具の購入日	令和 〇 年 5 月 2 日	
	至 令和 年 月 日		装着日	令和 〇 年 5 月 2 日	
⑭ 診療区分	□ 入院	⑮ 入院の場合その入院期間	自 令和 年 月 日	⑯ 診療の内容	膝装具
	□ 外来		至 令和 年 月 日		
⑰ 療養の給付を受けることができなかった理由	□ 1. 医療機関等で健康保険の資格が確認できなかったため (理由：)				⑱ 療養に要した費用の額
	□ 2. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を				24,150 円
	□ 3. 治療用装具を作製したため				領収書の額

※ ⑱・⑲はどちらか一方に記入してください(任意継続の方もしくは退職後に在职期間中の分を申請する方→⑱、在职中の方→⑲)

⑲ 支払金融機関	金融機関コード [9999]	店番号 [999]	備考欄
預金種別	口座番号	フリガナ ケンポ タロウ	・任意継続被保険者 ・資格喪失(退職)後の申請の場合に記入
□ 普通	〇〇〇〇〇〇〇	口座名義 健保 太郎	
□ 当座			被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。

⑲ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 〇 年 5 月 6 日

委任状	被保険者(申請者)住所	〇〇県△△市□□□町1-1	在職中の申請の場合に記入
	氏名	健保 太郎	
任 状	受取代理人	〒 XXX - XXXX Tel 〇〇-△△△△-□□□□	事業所担当者印
		〇都△△区□□□1-1-1	
		〇〇〇カブシキガイシャ ●●●●	
		〇〇〇〇株式会社 代表取締役社長 ●●●●	

事業所担当者が記入(任意継続被保険者もしくは資格喪失後の申請の場合は記入不要)

事業所担当者は必ず押印

主友金属鉱山健康保険組合 (2024年12月改訂)