

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者(申請者)情報	被保険者等記号・番号(右づめ)	記号	番号	枝番	マイナンバー	記号・番号を記載した場合は記入不要です	
	氏名	(フリガナ)			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
	住所	〒 _____ 都 道 府 県					
	電話番号	自宅 ()					
	携帯 ()						
委任選択欄	申請書の審査・決定にあたり、組合からの支払決定通知書等の送付先及び問い合わせ方法について選択してください。						
	<input type="checkbox"/>	1. 上記の被保険者(申請者)住所・電話番号へ送付・問い合わせを希望します。 2. 事業所の担当者経由で、送付・問い合わせを希望します。(申請書提出時に既に退職されている方は「1」を選択してください)					

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()			本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号	※7桁未満の場合は、頭に0をつけて7桁での記入にご協力ください。	
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)			口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

「2」の場合は受取代理人の欄を必ず記入ください。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。			年 月 日
	代理人(口座名義人)	氏名	(〒 _____)	TEL (_____)	申請者との身分関係
		住所			
	(フリガナ) 氏名				

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	2 傷病名		3 発病または負傷年月日 年 月 日	
	4 発病の原因および経過	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ	いつ、どこで、何をして、どこを、どのように負傷したか記入してください	
	5 診療を受けた医療機関等	名称	所在地	
		名称	所在地	
	6 診療を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで		
	7 代金を支払った日	年 月 日(領収書の日付)		
	8 療養に要した費用の額	円	注.マイナ証や資格確認書を提示できず10割負担した際はその額 注.以前加入の健康保険を使用し、医療費を返還した際はその額	
	9 診療の内容			
10 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/>	1. 加入して間もなく医療機関等を受診し、資格を確認できなかったため 2. マイナ保険証又は資格確認書を提示できなかったため 3. 他の保険者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 9. その他 (理由)		

1. 添付書類

- (1) マイナ保険証や資格確認書を提示できずに医療機関等へ10割負担をした場合
 - ①医療機関等より発行された**領収書と明細書の原本**
- (2) 以前加入していた保険者へ医療費を返還した場合
 - ①前保険者へ**返還した際に発行される領収書の原本**
 - ②前保険者へ**返還した際に発行される診療報酬明細書**（封筒で渡された場合は、開封せず封筒そのものを添付してください）
- (3) 申請理由が上記以外の場合は、倉庫業健康保険組合にご連絡の上、添付書類をご確認ください。

2. 記入方法

組合ホームページの「申請書一覧（6.給付に関する書式）」にある記入例をご参照ください。

3. 注意事項

- (1) 記入を誤ってしまった場合の訂正方法について
記入誤りがあった場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記載してください。訂正印は不要ですが、訂正した方が分かるように訂正箇所付近の余白に氏名（フルネーム）を記入してください。
- (2) 振込先指定口座について
被保険者（申請者）の口座情報を記入してください。なお、被保険者（申請者）以外の方に振込を希望される場合は、「受取代理人の欄」に被保険者（申請者）および代理人の署名が必要になります。
※扶養家族の方の口座を希望した場合も「代理人」に該当します。受取代理人欄の記載もれがないようご注意ください。
- (3) マイナンバーでの申請について
被保険者等の記号・番号が不明により、マイナンバーで申請する場合は、マイナンバー欄に番号を記入してください。なお、被保険者等の記号・番号は【資格情報のお知らせ】に掲載されています。

4. 提出先と振込日について

- (1) 申請書の提出（送付）先及び問い合わせ先
この申請書は、当組合（下記住所）または事業所の担当者を通じて提出してください。また、申請方法や制度についてのご質問は下記までご連絡をお願いします。

〒135-0047 東京都江東区富岡2丁目11-12
倉庫業健康保険組合 給付課 TEL 03-3642-8436
- (2) 振込日について
記載事項及び添付書類に不備がなければ受付日よりおおよそ2週間程で指定口座へお振込みいたします。
※保険給付決定支払通知書は振込日に、被保険者（申請者）情報の委任選択欄で記入（希望）された所へ送付いたします。