健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書【立替払い等】

被保険者(申請者)情報					
被保険者証の記号・番号			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
氏名					
住所	(〒 ー)				
	TEL ( )				

申請内容							
受診者が家族(被扶養者)場合はその方の	氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄		
傷病名			発病または負傷年月日	令和 年 月 日			
発病の原因および経過	□ 病気 (原因・経過)						
	□ ケガ ⇒ ※別紙「負傷原因届」を併せてご提出ください。						
診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名				
	名称	所在地	診療した医師等の氏名				
診療を受けた期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日			日数	日		
上記の期間に入院していた場合	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日			日数	日		
療養費の支給申請の理由	□1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため □2. 緊急にやむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため □3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため □4. 海外で受診したため 渡航期間（令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日） 渡航目的・海外滞在の理由 ( ) □5. その他 (理由)						
同意欄	保険給付決定に必要が生じた場合、療養を受けた医療機関（海外を含む）等に、健康保険組合が文書等により当該申請内容等について照会することに同意します。 被保険者氏名						

振込先指定口座				
□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。） 注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別	口座番号（左づめでご記入ください）	口座名義（カタカナ）
		1.普通 2.当座		

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。 令和 年 月 日 氏名	
代理人（口座名義人）	(〒 ー) TEL ( ) 住所 フリガナ 氏名	

・**被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。** （マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）
被保険者のマイナンバー記載欄 □□□□□□□□□□□□

〈注〉1.血液代に関する申請のときは、【輸血を必要と認めた医師の証明書】及び【血液代金の領収書】（原本）を添付してください。
2.緊急その他やむを得ず診療を受け、自費で支払ったときはその【診療報酬明細書】及び【領収書】（原本）を添付してください。
3.傷病が第三者の行為によるときは「第三者行為による被害届」を添付してください。

愛知県医療健康保険組合 〒460-0011 名古屋市中区大須三丁目 30 番 60 号 TEL052-269-3203 【R5.6】