

新明和工業健康保険組合理事長 殿

健康保険 ☐ 被保険者 ☒ 家族 療養費支給申請書(立替払い等)

被保険者等 記号・番号		11 - 1234		被保険者氏名		新明和 太郎	
被保険者住所 フルネームを 記入して下さい		兵庫県西宮市△△3-4		続柄は、子供の場合は「子」ではなく「長男」「長女」... と記入して下さい			
受診者氏名		新明和 一郎		被保険者 との続柄	長男		
受診者 生年月日		☐ 昭和 ☒ 平成 21 年 12 月 3 日 ☐ 令和					
傷病名		インフルエンザ		経過	☐ 治療中 ☐ 治癒	傷病の 種類	☐ 病 気 けが
発病・負傷日時		☐ 平成 ☒ 令和 1 年 5 月 1 日 水 曜日		☐ 午前 ☒ 午後 3 時頃	又は ☐ 不詳		
申 請 欄	負傷 状況	☐ 勤務時間中 ☐ 通勤途中 ☐ それ以外(休暇中等)					
	どこで	☐ 会社 ☐ 自宅 ☐ それ以外 ()		第三者の行為に よるけがですか	☐ はい ☐ いいえ →「はい」の場合は、別途第三者 行為届を提出願います。		
	けがの 場合	負傷者が 何をしているとき					
	どう なったか	ケガの場合は負傷原因を 必ず記入して下さい					
診療 手 当 を 受 け た 医 療 機 関	名 称	〇〇医院					
	住 所	〇〇県〇〇郡〇〇町〇〇5-6					
診 療 手 当 の 内 容		☒ 診察・手当・検査を受けた ☒ 薬を処方された ☐ 輸血を受けた ☐ その他 ()					
療 養 費 の 支 給 申 請 の 理 由		☒ 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 ☐ 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 ☐ 他の保険者の資格で医療機関を受診し、医療費を返還したため ☐ その他 ()					
診療手当の期間		令和 1 年 5 月 1 日から 3 日まで 2 日間				診療手当 の 費用	8,000 円
振 込 希 望 の 銀 行	銀行名			口座 種 別	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ その他 ()	口座 番 号	
	支店名			口座名義 カタカナ			

委 任	私は、この療養費の受領に関する権限を下記代理人に委任する。	
	令和 1 年 6 月 9 日	
	被保険者住所	「申請欄の被保険者住所」に同じ
	被保険者氏名	新明和 太郎
	事業所住所	
	代理人 事業所名	
	代理人氏名	

備 考	
--------	--

※記号・番号の代わりにマイナンバーを備考欄に記入することでの申請も可能ですが、マイナンバーで申請する場合は個人番号と本人を確認できる書類の添付が別途必要になる上、マイナンバー取扱担当者のみが取扱える機密文書となりますので、マイナンバーで申請する際には事前に事業所担当者にご確認ください。なお、記号・番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です。

記入例①
【オンラインの資格確認ができず、現金で立替払いをした場合】
【旅行先等で、資格確認証を所持していない等の理由で、現金で立替払いをした場合】
※①診療月(1～末日)ごと、②1人ごと、③医療機関等ごと(医科・歯科別(入院・通院別)、薬局別)に申請願います。
【添付書類】
・医療機関や薬局の領収書(本紙)
・医療機関の場合:診療明細書(本紙) (診療内容を記載した明細書)

新明和工業健康保険組合理事長 殿

健康保険 ☐ 被保険者 ☒ 家族 療養費支給申請書(立替払い等)

下記のとおり療養費の支給申請をいたします。

令和 1 年 8 月 8 日

申 請 欄	被保険者等 記号・番号	11 - 1234	被保険者氏名	新明和 太郎			
	被保険者住所 フルネームを 記入して下さい	兵庫県西宮市△△3-4		続柄は、子供の場合は「子」ではなく「長男」「長女」... と記入して下さい			
	受診者氏名	新明和 花子	被保険者 との続柄	妻	受診者 生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 54 年 4 月 5 日 ☐ 令和	
	傷病名	右足首捻挫		経過	☐ 治療中 ☐ 治療	傷病の 種類	☐ 病 気 けが
	発病・負傷日時	☐ 平成 ☒ 令和 1 年 7 月 4 日 木 曜日	☐ 午前 ☒ 午後 3 時頃	又は ☐ 不詳			
	けがの 場合	負傷 状況	☐ 勤務時間中 ☐ 通勤途中 ☒ それ以外(休暇中等)				
		どこで	☐ 会社 ☐ 自宅	第三者の行為に よるけがですか	☐ はい ☒ いいえ	→「はい」の場合は、別途第三者 行為届を提出願います。	
		負傷者が 何をしているとき	階段を下りたときに				
		どう なったか	足を踏み外して転倒した				
	診療手当 を受けた 医療機関	名称	〇〇医院				
		住所	〇〇県〇〇郡〇〇町〇〇5-6				
	診療手 当の内 容	☒ 診察・手当・検査を受けた ☐ 薬を処方された ☐ 輸血を受けた ☐ その他 ()	該当箇所に チェックを してください				
療養費の支給 申請の理由	☐ 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 ☐ 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 ☒ 他の保険者の資格で医療機関を受診し、医療費を返還したため ☐ その他 ()						
	診療手当の期間	令和 1 年 7 月 4 日から 6 日まで 2 日間					
振込希望 の銀行	銀行名	口座 種別	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ その他 ()	口座 番号			
	支店名	口座名義 カタカナ					

委 任	私は、この療養費の受領に関する権限を下記代理人に委任する。			
	令和 1 年 8 月 8 日			
	被保険者住所 「申請欄の被保険者住所」に同じ		事業所住所	
	被保険者氏名 新明和 太郎		代理人事業所名 代理人氏名	

備考	
----	--

※記号・番号の代わりにマイナンバーを備考欄に記入することでの申請も可能ですが、マイナンバーで申請する場合は個人番号と本人を確認できる書類の添付が別途必要になる上、マイナンバー取扱担当者のみが取扱える機密文書となりますので、マイナンバーで申請する際には事前に事業所担当者にご確認ください。なお、記号・番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です。

記入例②

【他の保険者の資格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場合】

※①診療月(1～末日)ごと、②1人ごと、③医療機関等ごと(医科・歯科別(入院・通院別)、薬局別)に申請願います。

【添付書類】

・他の保険者の領収書(本紙)

・診療報酬明細書(本紙)(診療内容や調剤内容を記載した明細書)

※通常は「開封禁止」の封筒に同封されているので、そのままご提出ください