資格情報のお知らせ

令和６年８月３１日発行
東洋製罐健康保険組合
保険者番号：

記号 XXXX　番号 XXXXXXX　（枝番）00
氏　名　東罐　一郎

見本

受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です

受付印

被保険者／家　族　療養費 支給申請書（立替払、鍼灸費

被保険者（申請者）情報

被保険者（右づめ）	記号：X X X X　番号：X X X X X X	生年月日 □昭和 □平成 □令和　YY 年 MM 月 DD 日
氏 名（自 署）	（フリガナ）トウカン イチロウ （自 署）東罐 一郎　申請者本人が自分の氏名を自筆で手書きしてください	
住所	（〒　　　－　　　　） 東京都品川区●●町 １－２－３ ■■ハイツ101	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　　）	

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（委任する場合は☑）　令和 XX 年 XX 月 XX 日 （自 署）東罐 一郎　申請者本人が自分の氏名を自筆で手書きしてください	
代理人（口座名義人）	**給付金を給与振込にて受領するための委任欄です** **（任意継続、資格喪失の方は 記入不要）**	委任者と代理人との関係：事業主

注）任意継続、資格喪失の方のみ、下記振込先指定口座欄に記入

振込先指定口座

金融機関名称	**任意継続、資格喪失の方のみ** **被保険者(申請者)名義の振込先を記入してください**	本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	で記入（７桁）	
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けて記入、濁点（゛）、半濁点（゜）は1字として記入ください）	口座名義の区分：被保険者

以下の書類を添付してください（必須書類）

「記入用紙」は2ページに続きます。〉〉〉

●被保険者証なし（不携帯）で全額自費で受診した医療費・薬代を申請する場合
- □領収書（原本）
- □診療（調剤）内容が記載された明細書（原本）

●以前に加入していた健康保険に返還した診療費を申請する場合
- □医療費返還時の領収書（原本）
- □返還先の健康保険から受取った封書（開封せずにそのまま提出ください）

●鍼灸・あん摩マッサージ施術費用を申請する場合
- □療養費支給申請書 鍼灸用 または あん摩ﾏｯｻｰｼﾞ指圧用（原本）　※施術院発行のもの
- □施術を受けた全ての領収証（原本）
- □医師の同意書（初回申請時は原本提出、2回目以降（2～6ヶ月目）の請求はコピーを提出）

※初診日から6ヶ月経過の場合は再同意書（原本）を提出（医師の診察の上、施術同意（再同意）を受ける事）

・被保険者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

東洋製罐健康保険組合

被保険者 家　族 療養費 支給申請書(立替払、鍼灸費等) 2/2

被保険者氏名・自署	東罐　一郎

申請内容		
1 受診者	2　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　東罐　□□□	生年月日　☐ 昭和 ☑ 平成 ☐ 令和　XX 年 XX 月 XX 日
2 傷病名	○○○○（医師に確認して記入）	3 発病または負傷年月日　令和 XX 年 XX 月 XX 日
4 発病の原因および経過（詳しく）	X　1. 病気　2. ケガ	（原因および経過） 病気の例） 令和〇年〇月に〇〇病と診断され装具装着が必要となった ケガの例） 令和〇年〇月〇日に自宅階段を踏外し骨折した
5 診療を受けた医療機関等の	名称：XXXXXXXX病院 所在地：XXX県XXX市 診療した医師等の氏名：XXXXXXXX	名称：XXXXXXXX薬局 所在地：XXX県XXX市 診療した医師等の氏名：XXXXXXXX
6 自費で診療を受けた期間	（令和）X X 年 X X 月 X X 日 から X X 年 X X 月 X X 日 まで	日数　XX 日
6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	（令和）年 月 日 から 年 月 日 まで	日数　日
7 療養に要した費用の額	XXXXXX 円	
8 診療の内容	診察と薬の処方を受けた	
9 療養費の支給申請の理由	3　1. 保険者証の交付手続き中で、保険者証が手元に届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 以前に加入していた被保険者証を使って受診したため 9. その他（理 由）	

以上のとおり申請します。　令和　XX年　XX月　XX日　提出

東洋製罐健康保険組合