

被保険者
家族

療養費 支給申請書 (立替払、鍼灸)

健康保険 本人(被保険者) 令和4年11月1日交付
被保険者証
記号 XXXX 番号 XXXXXXX (枝番) XX
有効期限 令和 YY年 MM月 DD日
氏名 東罐 一郎
生年月日 昭和 YY年 MM月 DD日 性別 男
資格取得年月日 平成 YY年 MM月 DD日

所 受付印

見本

〒141-0022 東京都品川区東五反田2丁目18-1
東洋製罐健康保険組合
保険者番号・名称 03(4514)2043

□平成
□令和

YY年 MM月 DD日

被保険者 (申請者) 情報

被保険者証の (右づめ) 記号 XXXX 番号 XXXXXXX

氏名 (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

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

被保険者 (申請者) (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) (〒 -)
(フリガナ)
氏名・印

給付金を給与振込にて受け取るための委任です
アルバイト、任意継続者、資格喪失者は受取代理人の欄は記入不要

個人を代理人にするときには捺印してください 印

委任者と代理人との関係に
 事業主
 個人

注) アルバイト、任意継続者、資格喪失者の方のみ、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 銀行 金庫 信組 本店 支店
農協 漁協 出張所
その他 () 本所 支所

預金種別 1. 普通 3. 別段
2. 当座 4. 通知 口座番号 左づめで記入 (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 1. 被保険者
2. 代理人

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 あん摩マッサージ指圧用(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

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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 (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 2. ケガ 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	所在地	診療した医師等の氏名		
		XXXXXXXXX病院	XXX県XXX市	XXXXXXXXX		
	5 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		
		XXXXXXXXX薬局	XXX県XXX市	XXXXXXXXX		
	6 自費で診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	から	年 月 日	まで	日数
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	XXXXXXXXX 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 9. その他 (理由) 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					

以上のとおり申請します。 令和 XX年 XX月 XX日 提出