

記入例(立替払)

【医療費を自費で支払った時】・・・療養費支給申請書(ひと月毎)に診療明細書、領収書を添付。(いずれも原本を提出)

【以前の保険証を使用して医療費を返還した時】・・・療養費支給申請書(ひと月毎)に診療報酬明細書(レセプト)、領収書を添付。(いずれも原本を提出)

- ① 保険証を忘れて受診、等 ② 領収書の金額

支給年月日	年	月	日	算出基礎(未就学児、高齢者7割・8割)	常務理事	事務長	担当者
支給金額	法定給付		円				
	付加給付		円				
	合計		円				

被保険者 療養費支給申請書 家族

治療用装具作成
立替払
海外療養費 } の費用を下記の通り申請します。

事業所 日本ガイシ株式会社
 N G K ゆうサービス株式会社
 日本ガイシ労働組合

記入してください	被保険者証の記号及び番号	記号 ○	被保険者	住所	○○○○○○○○○○○○○○○○○○	所属	○○○○○
		番号 ○○○○		氏名	碍子 太郎	連絡先	○○○○○
	届が被扶養者に関する時に記入	被扶養者氏名	碍子 一朗	被扶養者の生年月日	S (H) R ○年○月○日生	続柄	長男
	傷病名	○○○○○○○	発病または負傷の年月日	○○年○月○日			
	傷病または負傷の原因	○○○○○○○	傷病または負傷の経過	○○○○○○○			
	保険医にかかれなかった理由または証明書が提示できなかった理由	・装具を業者に依頼したため ・その他理由はそのむね_○○○○○○○ ①	診療の担当を受けた医師の住所氏名または薬剤の支給を受けた病院薬局の名称所在地	○○○○○○○○○ ○○○○病院			
診察または手当の内容	・装具の名称 ・診療内容 ○○○○○○	診療または手当を受けた期間	○○年○月○日から ○日間 ○○年○月○日まで				
傷病が第三者の行為による場合はその事実及び第三者の住所氏名		診療に要した費用	② ○○○○円	入通院の別	入院	通院	

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーによる申請も可能です。但し、番号確認、本人確認をするための添付書類(運転免許証・個人番号通知等)が必要になります。また、個人情報保護のため提出上ご注意いただくことがありますので、マイナンバーによる申請を希望される方は健康保険組合に申し出ください。