記入例

提出日：令和 ○○ 年　○○ 月　○○ 日

立替払い

健康保険（　被保険者 ・ 家族　）療養費支給申請書

健康保険証	記号	○○○○	番号	○○○○○○○	事業所名	○○○（株）○○○支店
被保険者の氏名		○○○　○○○○			生年月日	昭和 平成　○○ 年　○○ 月　○○ 日
被保険者の住所	〒　－ 現住所、日中連絡がつく電話番号を記入してください。				電話番号	
療養を受けた方	氏名	受診された方の氏名、生年月日、続柄（妻・長男・長女等）を記入してください。	昭和		被保険者続柄	
傷　病　名	傷病名、負傷年月日を記入してください。			発病または負傷年月日	令和　年　月　日	
負傷の原因（具体的な状況）	負傷（ケガ）の場合は負傷状況（どこでどうしてどうなった）を詳しく記入して下さい 病気（特定できない時）は「不詳」と記入、ケガの時は負傷の原因を詳しく記入してください。					
確認事項（該当にチェック）	1．負傷（ケガ）の原因は第三者行為（交通事故等）に ※「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」 相手がある場合は「はい」に✓を付してください。				☐ はい　☐ いいえ	
	2．今回の傷病は、通勤途上または業務中によるもので				☐ はい　☐ いいえ	
申請の理由（該当にチェック）	☐ ① 当組合に加入後、保険証が交付される前に受診した　もしくは　緊急やむを得ず受診した ☐ ② 当組合に加入前の保険者（他の健保組合や国保）の保険証を使用し、その保険者に医療費を返還した ☐ ③ その他（　理由：（例）移植の際の搬送費用等も療養費の対象となります。　）					
診療を受けた医療機関	名　称	診療を受けられた病院名、住所、医師名を記入してください。		医師の氏名		
	所在地					
診療の期間	令和　自費で診療を受けた期間を記入、うち入院期間がある場合は記入してください。　日間 （うち入院　日間）					
領収書の金額	○○○○○ 円					
本件について、事業所を経由して給付すること、申請内容について事業所に確認する	同意をお願いします。				☐ はい　☐ いいえ	

受取方法	【在籍者】事業所に委任して下さい	委任状	私は本給付金の受領を右記の者に委任します。 被保険者（請求者）氏名 ○○○　○○○○
			私は本給付金の受領を左記の者より受任しました。 （受任者） 事業所にて「事業所名称」および「受任者氏名」をご記入下さい。（ゴム印可能）
	【退職者】振込先を記入して下さい	退職者の方のみ、記入して下さい。	銀行・信金　本店 支店　普通 ・ 当座 ・ 貯蓄 口座番号　口座名義

ご留意事項

1．この申請書は「人別・月別・医療機関別（入院・外来・歯科・調剤薬局別）」で１枚ずつ提出してください。

2．「申請の理由」別に次の証明書類（原本）を添付して下さい。

① 当組合に加入後、保険証が交付される前に受診した　もしくは　緊急やむを得ず受診した

・「領収書」および「診療内容を記載した証明書」

② 当組合に加入前の保険者（他の健保組合や国保等）の保険証を使用し、その保険者に医療費を返還した

・医療費を返還した保険者から交付された「領収書」および「診療報酬明細書」※開封せずに封筒のまま提出して下さい。

③ その他（例）

生血液の輸血：「領収書」および「輸血証明書」

移植の際の搬送費：「医師の意見書」および「領収書」（搬送に要した費用内訳が記載されたもの）

【被保険者の方へ】

1．請求書の締切（健保到着日）は毎月１０日で、翌月２５日に支給します。

（在職中は給与の中で支給します。受取方法「委任状」に、ご署名をお願いします。）

2．支給日の月初（概ね５日頃）に当組合の「KOSMOWeb加入者向けサービス」https://kosmoweb.jp から支給額を確認して頂けます。

未登録の方は登録をお願いします。ユーザＩＤ・パスワードが分からない方は当組合にお問合せ下さい。

【事業主の方へ】

1．受取方法「受任者」に事業所名称および受任者氏名のご記入をお願いします。（ゴム印可能）