

## 健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書 (立替払等用)

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号	18	番号	123456	生年月日	年	月	日					
	ふりがな	けんぽ たろう			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	5	5	0	5	0	5		
	氏名	健保 太郎			<input type="checkbox"/> 平成								
	住所	〒 105 - 0014 東京都港区芝1丁目10番11号									<input type="checkbox"/> 令和		
	事業所名称	コスモ石油(株)			所在地	東京都港区芝浦1-1-1							
委任状及び同意書	コスモエネルギーグループ健康保険組合理事長殿 令和 XX 年 XX 月 XX 日 療養費(立替払等)を申請いたします。当申請により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。(任意継続被保険者を除く) また私は、今回申請した療養費について、健康保険法に基づき保険給付の支給決定をするための参考として、貴健康保険組合が 医療機関等に対して、内容紹介を行うこと、および医療機関等が照会の回答をすることを同意します。 被保険者氏名 (印) ※自署の場合は押印省略可												

申請内容	1 受診者	2	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	生年月日	年	月	日							
	家族の場合はその方の氏名	健保 花子		<input type="checkbox"/> 昭和	2	5	0	3	1	7				
	2 傷病名	〇〇〇〇		<input checked="" type="checkbox"/> 平成										
	4 発症の原因及び経過(詳しく)	1	1. 病気 原因及び経過 旅行先で激しい腹痛に襲われ、受診した。	3 発症または負傷の	年	月	日							
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	〇〇〇〇	所在地	〇〇〇〇	診療した医師等の氏名	〇〇〇〇							
	6 診療を受けた期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日数	1	日
	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	令和	年	月	日	まで	日数		日
	7 診療に要した費用の額	〇〇〇〇 円		8 診療の内容	診察・注射									
	9 療養費支給申請の理由	2	1. 入社して間もなく、被保険者証が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. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 9. その他 (理由)											

		支給金額			
法定給付					
付加給付					
合計					
常務理事	事務長	係			

&lt;算出の基礎&gt;

(法定)

円 × % = 円

(付加)

円 × % - 30,000 = 円

※千円未満端数切捨

健保受付印