

被保険者（申請者）情報

被保険者の	記号	番号	生年月日	年	月	日
	18	—	123456			
ふりがな	けんぽ たろう		☐ 昭和	5	5	0
氏名	健保 太郎		☐ 平成	5	0	5
			☐ 令和			
住所	〒 105 — 0014 東京都港区芝1丁目10番11号					
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 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 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 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		健保 太郎	令和 XX 年 XX 月 XX 日		

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
			☐ 昭和	2	5	0
家族の場合はその方の氏名	健保 花子		☒ 平成	3	1	7
			☐ 令和			
2 傷病名	〇〇〇〇		3 発症または負傷の	年	月	日
			令和	X	X	X
4 発症の原因及び経過(詳しく)	1	原因及び経過 旅行先で激しい腹痛に襲われ、受診した。				
	2. けが → 事故または第三者の行為によるけがの場合は健保へお知らせください。					
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			
	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇			
	名称	所在地	診療した医師等の氏名			
6 診療を受けた期間	令和	年 月 日	から	年 月 日	まで	日数
		X X X X X X		X X X X X X		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
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	1	1. 緊急やむを得ず受診し、資格情報のお知らせ等を持参しなかったため 2. 誤って他の保険者の資格で受診したため 3. その他 (理由)				

	支給金額						
法定給付							
合 計							

<算出の基礎>
(法定) 円 × % = 円
(付加) 円 × % - 30,000 = 円
※千円未満端数切捨

健保受付印

常務理事	事務長	係