

健保記入欄	資格取得日	資格喪失日	年 月 診療分	標準報酬月額	千円	受付整理No.	受付年月日	
	昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日		給付割合	割			
	決済年月日	支給予定日	本人 家族(一般・6未) 高齢(一般・上位)	支給額	円	円		
	令和 年 月 日	令和 年 月 日						
	常務理事	事務長	係員	係員	内訳がある場合	療養費		円
						入院時食事		円
				高額療養費		円		
					付加給付金	円		

被保険者 家族 健康保険 療養費支給申請書 【立て替え払い】

被 保 険 者 へ 本 人 が 記 入 す る と こ ろ	記入にあたっての注意	「受診月」「受診者」「医療機関(入院・外来・調剤)」ごとに、1枚の用紙にご記入ください。 「治療用装具」「はり・灸」「あんま・マッサージ」「海外療養」による申請は、別様式になります。								
	健康保険証等の記号・番号	—		会社箇所名	—					
	被保険者氏名	(フリガナ)		生年月日	昭和・平成	年	月	日		
	申請対象者氏名 対象者が被扶養者の場合	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	
	療養を受けた医療機関等	名称								
		所在地								
	療養の給付を受けることができなかった やむを得ない理由 ※1	1	保険証の交付手続き中のため、手元になかった。							
		2	保険証を所持していなかった。(理由:)							
		3	誤って以前の保険証を使用してしまった。(前保険の名称:)							
		4	労災が認められなかった。							
		5	その他 ()							
	診療区分	入院・外来・調剤		療養の期間	自: 年 月 日	至: 年 月 日	日間			
	傷病名					「業務中」や「他人による行為」によるものですか? はい・いいえ				
発病(負傷)の原因、経緯	いつ	年 月 日 時頃		原因、経緯						
治療の内容				領収書の金額	円					
被保険者名義、 振込先口座	銀行	支店	普通当座	口座番号:	カタカナ 口座名義:					
	ゆうちょ銀行をご希望の場合は、 通帳右上記載の記号と番号もご記入ください			記号:	番号:					
添付書類	※1の理由番号が、「4」、「5」の場合による申請は、予め健康保険組合までご一報ください。									
	<input type="checkbox"/>	領収書の原本	※1の理由番号が「1」、「2」の場合は、医療機関等に支払った際の領収書 ※1の理由番号が「3」の場合は、前の保険に返還した際の領収書							
<input type="checkbox"/>	診療(調剤)報酬明細書 ※領収明細書とは異なります。	※1の理由番号が「1」、「2」の場合は、医療機関等の窓口から交付を、 ※1の理由番号が「3」の場合は、前の保険から交付を受けてください。								
被保険者署名欄	近畿日本ツーリスト健康保険組合理事長殿									
	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。									
	令和 年 月 日	〒	—	連絡先(携帯) Tel	—	—	—			
	住所									
	被保険者の氏名									

※ 被保険者証等の記号番号を記入した方は、記入不要

被保険者のマイナンバー記入欄 →

記号番号に代え、マイナンバーを記入し申請する場合は、「個人番号確認」「本人確認」をするための添付書類が必要になります。