

支給決定決議書							
受付年月日	年	月	日	常務理事		担当者	
伺年月日	年	月	日				
決裁年月日	年	月	日				
支給決定額	円						
診療期間	年	月	日から	資格取得日	年	月	日
	年	月	日まで	資格喪失日	年	月	日

健康保険被保険者療養費支給申請書（立替払）

記号・番号			被保険者 生年月日	昭和 平成				年	月	日
被保険者名 被氏	(フリガナ)			備考欄	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、本備考欄へ記入してください。（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類（マイナンバーカードの写等）が必要です。）					
被保険者 住所 電話番号	〒 - Tel									
事業所名称				事業所所在地	〒 -					
振込希望先 金融機関	名称	銀行			支店	預金別	普通			
	口座番号	口座名義人 (カタカナ)								
受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者		<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
傷病名				発病または負傷年月日	令和	年	月	日		
上記傷病の 発病および 経過	<input type="checkbox"/> 病気 (原因および経過)									
	<input type="checkbox"/> けが → 労災に該当しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <small>「はい」場合は本療養費支給申請できません。</small>			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → 第三者行為に該当しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <small>「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。</small>				
診療を受けた 医療機関等の	名称	所在地			診療した医師の氏名					
	名称	所在地			診療した医師の氏名					
診療を受けた期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで 日数 日
医療費の請求 を受けた日	令和	年	月	日	医療費を支払った日	令和	年	月	日	
療養に要した 費用の額	_____円									
診療内容										
療養費の支給 申請の理由	<input type="checkbox"/> 保険証が届いていなかったため <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診し、保険証を持参していなかったため <input type="checkbox"/> 誤って他の保険者の保険証を使用したため <input type="checkbox"/> その他 (理由) _____									

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

添付書類

保険証が届いていなかった、持参していなかった:

- ・ 医療機関発行の領収書
- ・ 医療機関発行の診療報酬明細書または医療機関が記載し発行した領収(診療)明細書

他の保険者の保険証を使用した

- ・ 他の保険者が発行した領収書
- ・ 他の保険者が発行した診療報酬明細書(写)

注意事項

- ・ (写)とあるもの以外は、添付書類は必ず原本をご提出ください。