

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書 (立替払等)

該当する方を○で囲んでください。

被保険者情報
被保険者証の記号・番号: 25
番号: 111 (枝番)
事業所の名称: (株)リクルート・スタッフィング
会社名: (株)リクルート・スタッフィング
被保険者の氏名と印: 健保 一郎
生年月日: 昭和49年1月16日
被保険者の住所・電話: 〒141-0031 東京都品川区西五反田3-8-20
TEL: 090 (4567) 0000

申請内容
受診者: 被保険者(本人)
傷病名: 気管支炎
発病または負傷の原因及び経過: 38度の発熱とせきの為、病院で受診。気管支炎と診断された。
診療を受けた医療機関等: 笠島クリニック, コトブキ薬局
診療を受けた期間: 令和3年4月7日から令和3年4月8日まで 2日
療養に要した費用の額: 12,000 円
療養費の支給申請の理由: 2. 緊急でやむを得ず受診し、被保険者証を持っていないため

振込先指定口座
【口座名義の区分】 被保険者名義
銀行名: 三井住友銀行
支店名: 新宿支店
支店コード: 0567
預金種別: 1. 普通
口座番号: 2345678
口座名義: ケンホ イチロウ

委任状
被保険者 氏名: 健保 一郎
代理人 (口座名義人) 氏名:
住所: 〒

本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

## 健康保険 療養費支給申請書（立替払） 注意点等

### 記入に関する注意事項

1. 訂正の際は、間違った部分を二重線で消し、訂正印を押印してください。
  2. 被保険者の記号・番号は、保険証に記載されています。
  3. 受診者が被扶養者の場合、忘れずに申請内容欄の受診者「被扶養者(家族)の氏名」欄と「被扶養者(家族)の生年月日」欄をご記入ください。
  4. 業務災害、通勤災害に該当せず、「他人の行為によるものですか」が「はい」の場合、提出前にリクルート健保の第三者行為担当者までご連絡ください。  
(電話0120-501-042 音声ガイドで「1」を選択してください)
- ※ 今回の申請は業務中、通勤中の傷病ではありませんか？  
業務災害・通勤災害の場合、労災保険の給付対象となります。業務または通勤が起因している傷病の場合、申請前に状況、原因等について事業会社の労災担当、人事担当者へ報告してください。
5. 委任状欄は、給付金の受け取りを代理人に委任する場合のみ記入してください。委任者と代理人それぞれの署名が必要です。(同一筆跡不可)

### 保険証なしで全額自費で受診したときの添付書類

- ・ 医療機関から発行された領収書（原本）
  - ・ 医療機関から発行された診療報酬明細書（原本・封がされたままのもの）
- ※ 処方せんにより薬局で調剤を受けた場合、下記の書類も提出してください。
- ・ 薬局の領収書（原本）
  - ・ 薬局から発行された調剤報酬明細書（原本・封がされたままのもの）
- **診療報酬明細書・調剤報酬明細書は医療機関から発行される診療明細書とは異なります。**  
保険証なしで全額自費で受診したときに添付する「診療報酬明細書・調剤報酬明細書」は医療機関に別途依頼していただかないと発行されない書類です。医療機関に発行依頼をしてください。
- 市区町村等に領収書等を提出する必要がある方は、健保にご提出する前に書類の写しを取り保管しておいてください。