

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (立替払等)

被保険者
被扶養者

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	記号 25	番号 111 (枝番)	事業所の名称	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	1. 昭和 2. 平成 49年 1月 16日 生まれ 3. 令和
	被保険者の住所・電話	〒141-0031 東京都品川区西五反田3-8-20		該当する方にチェックを入れてください。	日中連絡が取れる電話番号 TEL 090 (4567) 0000

申請内容	受診者	該当者に <input checked="" type="checkbox"/> チェックし、被扶養者(家族)の場合、氏名・生年月日をご記入ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)				
	被扶養者(家族)の氏名	被扶養者(家族)の生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和			
	傷病名	気管支炎	発病または負傷の年月日	令和 5年 4月 7日		
	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。			他人の行為によるものですか	1. はい (2. いいえ)
	診療を受けた医療機関等	名称	笠島クリニック	所在地 〒000-0000 豊島区東池袋3-3-3	診療した医師の氏名 笠島 一郎	
		名称	コトブキ薬局	所在地 〒000-0000 豊島区東池袋3-3-2	医療機関に支払った時の領収書の金額を記入してください。	
	診療を受けた期間	令和 5年 4月 7日 から 令和 5年 4月 8日 まで 2日			療養に要した費用の額	12,000 円
	上記内で入院していた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日				
診療の内容	問診、診察、インフル検査、投薬を受けた。					
療養費の支給申請の理由	該当理由に <input checked="" type="checkbox"/> チェックし、その他の場合は具体的に理由をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 緊急でやむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため <input type="checkbox"/> 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> 4. その他 []					

振込先指定口座	【口座名義の区分】 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者名義 <input type="checkbox"/> 代理人名義(委任状欄をご記入ください。また、公金受取口座は利用できません。)								
	銀行名 三井住友 銀行				支店名 新宿 支店		支店コード 2 2 1		預金種別 ① 普通 2. 当座
	口座番号 1 2 3 4 5 6 7 ケンホ° イチロウ								
	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 注意事項 ※上記の欄に振込口座の記入がある場合は、上記を ※給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合								

口座名義はカタカナでご記入ください。
またゆうちょ銀行の口座を希望される場合、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種別・口座番号をご記入ください。

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和 年 月 日
	被保険者 氏名	印	受付日付
委任状	代理人(口座名義人) 住所 〒	被保険者との関係	
	氏名	印	

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。