

届出種別

給 5-1

健康保険

被保険者  
家族

療養費支給申請書(立替払い)

※「診療報酬明細書」の添付もれにご注意ください

①被保険者等(資格確認書等又は保険証を参照)	記号	123	番号	456789	②被保険者(申請者)の氏名 (フリガナ)	ケンボ タロウ 健保 太郎	③生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	〇年 〇月 〇日
	④被保険者(申請者)の 現住所・連絡先		〒123-4567 東京都〇区〇〇1-2-3		TEL 03-1234-5678				
⑤事業所名		株式会社〇〇							
⑥家族の方の申請をされる ときは	家族の氏名		生年月日		被保険者との続柄				
	健保 花子		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		△年 △月 △日		妻		
⑦傷病名	急性上気道炎		⑧発病または負傷の 年月日		<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 〇年 〇月 〇日 △時頃				
⑨発病または負傷の原因	1.外傷性のけが(骨折、打撲等)ですか <input type="checkbox"/> はい→(2~4に回答してください) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ→(以下の回答は不要です) 2.けがをした状況は次のどれに該当しますか <input type="checkbox"/> 出勤日(勤務時間内) <input type="checkbox"/> 出勤日(勤務時間外) <input type="checkbox"/> 通勤途中(出勤) <input type="checkbox"/> 通勤途中(退勤) <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・有給休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他( ) 3.けがをした場所は次のどれに該当しますか <input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 道路 <input type="checkbox"/> その他( ) 4.けがをした原因は次のうちどれに該当しますか <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> 該当なし								
⑩負傷(けが)は第三者 行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ●「はい」の場合、「第三者の行為による災害届」をこの書類に添付してください								
⑪診療を受けた医療機関	名称	〇〇医院							
	所在地	東京都〇区△△3-2-1							
	医師等の氏名	日本 次郎							
⑫診療の期間	自	令和 〇年 〇月 〇日	至	令和 〇年 〇月 〇日	1 日間	⑬診療区分	<input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院		
⑭療養の給付を受けること ができなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証を持参していなかったため <input type="checkbox"/> 前加入者先医療保険者(国保等)の資格喪失後受診であるため <input type="checkbox"/> その他( )					⑮診療に要した費用 ▲▲▲▲ 円			

※在籍者(お勤めの方)は、必ずこの欄へ記入してください。

委任 状 の 欄	⑯ (事業主)	株式会社〇〇		に委任します	
	本申請に基づく保険給付金に関する受領を				
	安田日本興亜健康保険組合 御中		令和 〇年 〇月 〇日		
被保険者(申請者)の氏名		健保 太郎			

※退職後資格喪失された方は、必ずこの欄へ記入してください。

◇ 任意継続被保険者の方は、当組合に登録済みの「給付金振込先」に振り込むため記入不要です。

受付日付印

振込 金融 機関	⑰	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 本店	銀行コード	
		<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 支店	支店コード	
		<input type="checkbox"/> 信用組合	<input type="checkbox"/> 出張所		
	<input type="checkbox"/> 普通預金	口座番号	フリガナ		
	<input type="checkbox"/> 当座預金		口座名義		

申請する前に必ず各項目をチェックの上、送付してください。

添付 書類	やむを得ず自費で診療を受けた場合	<input checked="" type="checkbox"/> 受診時の領収書の原本 <input checked="" type="checkbox"/> 診療報酬明細書(保険者点数記載があり、検査内容や服薬名が記載されているもの)
	当組合加入時に以前の保険者証を利用した 場合	<input type="checkbox"/> 前保険者へ医療費を返還した際の領収書の原本 <input type="checkbox"/> 医療費を返還した保険者から交付を受けた診療報酬明細書

※被保険者等の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合(任意)は、備考欄へマイナンバーを記入してください。

※被保険者等の記号・番号を記入した場合は、マイナンバーの記入(備考欄)は不要です。

※マイナンバーで申請する場合、当組合へ「個人番号確認」、「本人確認(運転免許証の写し等)」の書類を添付してください。

備考欄:

★提出先 〒100-0004 東京都千代田区大手町1-7-2 東京サンケイビル17階  
安田日本興亜健康保険組合 給付グループ宛

## <注意事項>

◎以下の場合はそれぞれ申請書の作成が必要となります。

- ・複数の医療機関で受診されている場合
- ・診療月がまたがっている場合

※調剤薬局で薬代を支払った場合、処方された医療機関分とまとめて申請してください。

◎記入事項を訂正した場合、その箇所に二重線を引き、サイン(もしくは訂正印)をしてください。

◎在籍者(お勤めの方)は、必ず⑩委任状の欄へ記入してください。

◎在籍者(お勤めの方)以外の方は、必ず⑪振込金融機関の欄へ記入してください。

## <添付書類>

◎やむを得ず自費(国内)で診療を受けた場合

- ・診療に要した費用の領収書(原本)
- ・診療明細書

◎国民健康保険(市区町村)等へ無資格期間に係る医療費を返納した場合

- ・国民健康保険(市区町村)等へ返納した金額の領収書(原本)
- ・診療報酬明細書

※返納の際、国民健康保険(市区町村)等から封筒に入った状態で届きます。

開封厳禁となっていますので、開封せずに添付してください。

届かない場合は、国民健康保険(市区町村)等にお問い合わせください。