

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

令和3年7月1日提出

ワークスアプリケーションズグループ健康保険組合理事長殿
下記のとおり申請いたします。

被保険者 (申請者) 住所 〒 〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-2
△△マンション301号室
電話 03-1234-5678
氏名 健保 太郎

氏名は自筆でご記入ください。

被保険者証の記号と番号	記号 1	番号 1234	事業所名称 〇〇株式会社
-------------	---------	------------	-----------------

傷病名	風邪	発病又は負傷の年月日	平成 3年1月19日 令和
-----	----	------------	------------------

発病又は負傷の原因	不詳
-----------	----

傷病の経過	発熱・のどの痛みがあったが、処方薬を服用して回復した。
-------	-----------------------------

診療を受けた病院等の名称・住所	名称	〇〇〇医院
	住所	東京都〇〇区〇〇1

診療の内容	のどの処置・薬の処方	診療に要した費用の額	金 4,000 円也
-------	------------	------------	------------

診療の期間	自 令和 3年 1月 19日	日間	入院の場合 入院期間	
	至 令和 3年 1月 19日		自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日 日間

治療用装具を装着した場合は装着年月日を記入してください

保険で診療を受けることができなかった理由	入社直後で保険証がなかったため
----------------------	-----------------

第三者の行為によって負傷したものであるか否か	ある・ ない	その事実の届出 第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)
------------------------	---------------	-------------------------------------

交通事故に巻き込まれたなど、第三者による負傷の場合は「ある」を、それ以外は「ない」に丸をつけてください。
「ある」の場合、「第三者の行為による傷害事故届」など追加の書類が必要となります。
当健康保険組合へご連絡ください。

申請が被扶養者に関するときはその者の	氏名	健保 良子	生年月日	昭和 50年10月1日 平成 令和	被保険者との続柄	妻
--------------------	----	-------	------	----------------------	----------	---

本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。

委任状	被保険者 (請求者)	健保 太郎
-----	------------	-------

被扶養者が受診した場合は、被扶養者の氏名・生年月日・続柄を記載してください。

※退職後の申請で、事業主がなかった場合はご記入ください。
氏名は自筆でご記入ください。

支払金融機関	銀行 信金・信組	支店番号	口座番号	名義人(フリガナ)

在職中の方は「委任状」欄に署名をしてください。
(給付金は給与口座と合算して振り込まれます。)

退職した方は、「支払金融機関」欄に希望の口座を記入してください。
(給付金は申請書に記載の口座に振り込まれます。)

- 添付書類
- (保険証を持たずに診療を受けた場合)
診療報酬明細書(レセプト)と領収書(原本)、
または健保申請書「領収(診療)明細書」(領収書別紙の場合は「領収(診療)明細書」と領収書原本のセット)
 - (治療用装具を作成した場合)
医師の意見書(原本)、治療用装具の明細が記入された領収書(原本)
 - (小児用眼鏡を作成した場合)
医師の作成指示書(写し)または眼鏡の処方箋(写し)、領収書(原本)
 - (海外で受診した場合)
【医科】同意書、診療内容明細書(様式A)、領収明細書(様式B)、翻訳者の住所・氏名・捺印された日本語の翻訳文、(旅券や航空券など海外に渡航した事実が確認できる書類(写))
【歯科】同意書、歯科診療内容明細書、領収書(原本)、翻訳者の住所・氏名・捺印された日本語の翻訳文、(旅券や航空券など海外に渡航した事実が確認できる書類(写))

※事業所使用欄(渡航理由)

該当枠に✓

1. 業務命令による渡航

2. 上記以外

→ パスポート(写)添付

事業所確認印

記入は不要です