

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書(立替払等)

常務理事	事務長	係	伺年月日	No.	右のとおり支給してよろしいか	支給額		
						円		
一方を記入 A・Bどちらか	A. 保険証記号番号 —			※個人番号記入時の注意 ①被保険者証の記号番号を記入した場合は、個人番号は記載不要です。 ②個人番号を記入した場合、申請書は申請者が直接健康保険組合の窓口 に持参するか、書留郵便等で送付してください。なお申請書について 番号確認および身元確認を行いますので、窓口を持参の場合は個人番 号カードか、個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書(保有し ていない場合は住所氏名が記載された公的書類を2つ以上)をお持ち ください。送付の場合は、上記書類の写しを同封してください。				
	B. 個人番号							
被保険者氏名				事業 所名	所属			
受診者の 氏名				生年 月日	昭和・平成・令和 年 月 日生		続柄	
傷病名							傷病が発生した日 令和 年 月 日	
傷病の原因							状態 入院・通院	
診察を受けた 医療機関等		所在地 名称 医師等の氏名						
診療期間		令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで		療養に要し た費用の額		円		
診療内容								
申請理由		(保険証を忘れた、旅行先で持っていなかった、急病、海外での病気等)						

※裏面に記載の添付書類をあわせて提出してください。

(本欄は、京阪ホールディングス社員・京阪電気鉄道社員・任意継続被保険者は記載不要)

上記の支給は、事業所庶務担当者を経由して行われることに同意し、その受領を委任します。

令和 年 月 日

被保険者氏名 _____

任意継続被保険者のみ記入

振込先

_____銀行/信用金庫 _____支店

普通・当座 口座番号 _____ 名義人(カタカナ) _____

全員記入

領 収 書

上記のとおり領収しました。

令和 年 月 日 受取人氏名 _____

健保受付印

