

見 本

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	健保 こまどり			事業 所名	株式会社健保	所属	三条店	
受診者の 氏 名	健保 あおぞら			生年 月 日	昭和・平成・令和 13年 3月 5日生		続柄	長女
傷 病 名	かぜ					傷病が発生した日 令和 2年 4月 15日		
傷病の原因	修学旅行先での体調不良					状態 入院・通院		
診察を受けた 医療機関等	所在地 ○○市△△町1-5-5 名称 ◇◇医院 医師等の氏名 ◇◇ □□							
診療期間	令和 2年 4月 15日より 令和 2年 4月 15日まで			療養に要し た費用の額	5,000 円			
診療内容	診察、投薬							
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) 修学旅行で保険証を持っていなかった							

※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 2年 4月 27日

被保険者氏名 健保 こまどり

任意継続被保険者のみ記入 療養費を振り込む口座を書いてください

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

あらかじめ氏名のみ記入をお願いいたします

領 収 書

上記のとおり領収しました。

記載不要

令和 年 月 日 受取人氏名 健保 こまどり

健保受付印

