

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	同年月日	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を持参するか、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)						

(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 _____

- 【添付書類】
- (1) 保険証を忘れた場合等の請求
- 医療機関で支払った領収書、診療報酬明細書(病院で交付)
- (2) 以前加入していた健康保険組合・協会けんぽ・国民健康保険等の保険証を使った場合の請求
- 以前加入していた健康保険組合・協会けんぽ・国民健康保険に支払ったときの領収書
 - 診療報酬明細書（以前加入していたところから交付されます）

