

健康保険被保険者療養費・付加金
支給申請書〔立替払・治療用装具等〕

※記入見本※

立替払いをした場合

〔自費・他健保の保険証使用など〕

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	【被保険者（申請者）の氏名・住所】				
	①被保険者証の記号・番号		②氏名	今近 健太	
	記号	140	番号	5555	
	③生年月日		平成5年 10月 2日	④資格取得日	令和3年 4月 1日
	⑤住所		〒140-1111 東京都品川区品川××-〇〇-△△ 品川マンション101号		
	⑥日中連絡の取れる電話番号		090-5555-△△△△	⑦メールアドレス	kenta@gmail.comcom
	【申請内容】				
	⑧受診者	氏名	今近 花子 被保険者との続柄(妻)	生年月日 受診時の年齢	平成5年 3月 1日 (30 歳)
	⑨診療を受けた医療機関・薬局の名称		品川内科医院		
	⑩傷病名		胃腸炎	⑪発病または負傷年月日	令和 5年 7月 1日
	⑫発病の原因および経過		腹痛があったため受診した ※ケガの場合は「負傷原因届」を併せてご提出ください。		
	⑬仕事中、通勤途中または第三者行為によるものですか。		はい ・ いいえ ※労災に該当する場合は健康保険の対象になりません。 ※第三者行為が原因の場合は事前に健保組合までご連絡ください。		
	◆立替払の場合(自費、他健保の保険証使用等)		◆治療用装具の場合(コルセット、小児弱視等の治療用眼鏡等)		
	⑭申請理由	☐ 保険証を不携帯または手続き中だった ☒ 誤って前加入健保の保険証を使用し、返還請求があり支払った ☐ その他()		⑮医師から装具装着の指示を受けた日 ※コルセットの場合は記入不要です。	令和 年 月 日
	⑯診療を受けた期間	令和 5年 7月 1日から 同月 1日まで		⑰装具を装着した日 ※小児弱視等の治療用眼鏡等、弾性着衣の場合は記入不要です。	令和 年 月 日
	⑱診療を受けた日数	1 日間			
	⑲療養に要した費用の額	3,500 円		⑳治療用装具の費用	円
	【振込先】				
	⑳ ☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用しない場合は下記の欄にご記入ください。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				
	㉑金融機関名		㉒支店名	㉓口座番号(7ケタ)	㉔口座名義(カナ)
三菱UFJ銀行		五反田支店	普通 0123456	イマジカ ケンタ	
給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状にご記入ください。					
㉕委任状	私は代理人に給付金の受領に関する権限を委任します。 令和 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 代理人の 住所 氏名				

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

支 給 印

受 付 印

――健康保険組合使用欄――

資格取得日	年 月 日	総医療費	円
資格喪失日	年 月 日	自己負担額(割)	円
扶養認定日	年 月 日		
標準報酬月額	千円		
本人 ・ 家族 ・ 6 未 ・ 高一 ・ 高 7	支給額		円

イマジカ健康保険組合