

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(立替払等、生血、弾性着衣用)

1. 被保険者(申請者)情報

被保険者等 記号・番号	1	3	9	9	9	9	9	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎
生年月日	1970	年	10	月	1	日	電話番号(日中の連絡先)	TEL 999-9999-9999	
住 所	(〒 806-0002) 福岡県北九州市八幡西区東浜町1-1								
事業所名称	黒崎播磨株式会社				所在地		福岡県北九州市八幡西区東浜町1番1号		

2. 申請内容

① 受診者	☐ 被保険者 ☒ 被扶養者	氏名	健保 花子	生年月日	1975 年 10 月 1 日
② 傷病名	急性上気道炎			③ 発症または 負傷年月日	2024 年 8 月 1 日
④ 発病の原因および経過(詳しく)	(該当に✓して下さい → ☒ (1) 病気 ☐ (2) ケガ ☐ (3) 不明 ☐ (4) その他) 原因および経過を必ず記入して下さい 旅行先で急に熱がでた。経過は治癒				
⑤ 第三者行為によるものですか	☐ はい ☒ いいえ			⑥ 療養に要した 費用の額	15,500 円
⑦ 診療を受けた医療機関等の 名称 所在地	黒崎播磨医院 福岡県北九州市八幡西区東浜町4番1号			診療した医 師等の氏名	黒播 二郎
⑧ 診療を受けた期間 ⑧-1 上記の期間入院していた場合は その期間	2024 年 8 月 13 日から 2024 年 8 月 14 日まで 年 月 日 から 年 月 日 まで			日数	2 日
⑨ 診療の内容	診察、点滴				
⑩ 療養費の支給申請の理由	☐ (1) 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため ☐ (2) 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため ☐ (3) 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため ☒ (4) その他[理由を記入して下さい→ 旅行先で資格確認書(保険証等)を持参していなかったため]				

上記のとおり申請します。

2024 年 12 月 2 日

被保険者住所 福岡県北九州市八幡西区東浜町1-1

被保険者氏名 健保 太郎

3. 受取代理人の欄(委任状)※退職者は記載不要

本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人(事業主)に委任します。※受取方法は給与振込(給与振込の場合、事業主が代理人となります)

2024 年 12 月 2 日

被保険者氏名 健保 太郎

代理人 所在地 福岡県北九州市八幡西区東浜町1番1号

名称 黒崎播磨株式会社

氏名 代表取締役社長 江川 和宏

※支給決定審査には2・3ヶ月かかる場合がありますので予めご了承下さい。

黒崎播磨健康保険組合(206-1) 2024.12

【必要添付書類】 立替払等…①診療内容、点数、金額が記載された領収書原本 ②診療(調剤)報酬明細書原本(診療明細書や領収明細書とは異なります)
弾性着衣…①弾性着衣等装着指示書、領収書原本

健 保 記 入 欄	療養費の別	1. 立替払等	療養の原因		黒崎播磨健康保険組合		
		2. 生 血	輸血回数	回	常務理事	事務長	担当者
		3. 弾性着衣	種 類				
	支給算出額	給付の割合		計 算 (小数点以下切捨て)	決定額		
		1. 未就学児	8 割		円		