

※治療用装具・小児弱視眼鏡用ではありません

※妊婦健診や乳幼児健診の費用は保険の対象外となり、療養費のお支払いはできませんのでご注意ください

※添付

※申請書類誤りにご注意ください※

こちらは立替払い用の申請書となります。治療用装具・小児弱視眼鏡用ではありません。異なる申請書をご提出いただいた場合、書類はご返却いたしますので、お間違えの無いようをお願いいたします。

記入例

記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認ください。

① 被保険者証の記号・番号	123	4567	② 事業所名	〇〇〇〇株式会社	
被保険者のマイナナンバー（被保険者等記号番号を記入した場合は不要です）					
③ 被保険者（申請者）の氏名	乙野 次郎		④ 生年月日	昭和 平成	2 年 12 月 5 日
⑤ 被保険者（申請者）の住所	〒123-4567 大阪市△△区××-×× 電話 〇〇 (××××) △△△△				
⑥ 療養が被扶養者に関するときはその方の氏名	乙野 花子		生年月日	昭和 平成 令和	2 年 4 月 10 日
⑦ 傷病名	急性気管支炎				
⑧ 発病又は負傷の原因およびその経過	(いつ) 令和 6年4月14日 (金) 午前 9 時頃		通・退勤中または業務中によるものですか		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい
	(どこで) 旅行先		第三者によるものですか		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい
	(何をしていた) 不詳				
⑨ 治療の内容	×月×日より〇〇病院へ通院。処方してもらい、完治		⑩ 療養費の支給申請の理由(右記の欄に丸をつけてください)		
⑪ 療養を受けた医療機関の名称	〇〇病院		1: 医療機関を受診したが、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		
⑫ 診療に要した金額	3,500 円				
⑬ 診療の期間	自 令和 6 年 4 月 15 日		左記のうち入院期間		令和 年 月 日 日間
		至 令和 年 月 日		1 日間	
⑭ 添付書類チェック欄(いずれも原本)	<input checked="" type="checkbox"/> 領収証		診療報酬明細書(レセプト) *領収証と一緒に渡される、診療明細書ではございません。必ず病院・薬局で発行依頼をしてください。(⑩の3に○をされた方は前加入保険者発行分)		
		保険者証未提示の場合(⑩の1,2に○) : 病院発行分			
		前加入の保険者証使用の場合(⑩の3に○) : 前加入保険者発行分			

必ずご記入ください

⑮ 支払希望の銀行	銀行コード(4ケタ)	1234	〇〇	信用金庫 農協	支店コード(3ケタ)	567	〇〇	支店	普通・当座 (○をつけてください)
口座番号	ゆうちょ銀行は8ケタの記入をお願いします				口座名義	カタカナで記入してください			
	9	8	7	6	5	4	3	オツノ ジロウ	
マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合はチェックしてください※公金受取口座へのお支払いにはお時間をいただく場合があります									

申請書送付先

公金受取口座の利用には、健康保険組合にマイナンバーの提出が済んでいることと、マイナポータルでの公金受取口座の登録

記入洩れご注意ください!

銀行名・支店名・口座番号・預金名義全て洩れなく記入して下さい。 ※ゆうちょ銀行をご希望の場合は、漢数字三桁の支店名も必ず必要です。

住商連合健康保険組合 あて

住商連合健康保険組合