

至 事業所健保窓口経由 三井住友トラストグループ健康保険組合

常務理事	事務長	担当者	支給決定 伺		法定	
			支給金額		付加	円
				円		円
			支給決定日	年 月 日	被扶養者資格確認	

被保険者 療 養 費 支給申請書(立替払等)
家 族 療養付加金

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者等	記 号	〇〇〇〇	被保険者氏名	健保 太郎		
		番 号	〇〇〇〇〇〇〇				
	傷 病 名	□□□□□□			発病又は負傷 の 年 月 日	△△ 年 △△ 月 △△ 日	
	発病又は 負傷の原因 傷病の経過	□□□□□□□□□□□□					
	診療又は手当を 受けた医療機関 の名称・所在地 及び医師の氏名	名 称 □□□□□□□□□□	所在地	□□□□□□□□□□□□			
		氏 名 □□□□□□□□□□					
	診 療 又 は 手当の内容	□□□□□□		入院期間	{ 自 年 月 日 至 年 月 日		
	診療又は手当 を受けた期間	自 △△年△△月△△日 〇 日間 至 △△年△△月△△日		診療又は手当に 要した費用の額	〇〇,〇〇〇 円		
	療養費支給 申請理由 (いずれかに○)	理 由		必 要 書 類 (添付書類は原本をご提出ください。)			
		① 国保・前保険者へ返還した医療費の還付 ② 健康保険の資格が確認できずに10割負担 したとき ③ はり・きゅう・あんま・マッサージ等療養費還付 ④ その他()		⇒国保・前保険者へ支払った「領収書」・「診療報酬明細書」 ⇒医療機関へ支払った「領収書」・「診療明細書(又は診療報酬 明細書)」 ⇒受診機関交付の「療養費(医療費)支給申請書」・「領収書」 「同意書」(*)・「施術報告書」(*) ⇒健保組合へお問い合わせください。			
第三者の行為によ る負傷ですか?	はい 〇 いいえ	「はい」の場合健保 への届出の有無	有 無	無の場合「第三者行為による傷病届」等の提出が必要 です。健保までご連絡ください。			
被扶養者に関 する申請のとき	氏 名	健保 二郎		生年 月 日	昭和 △△年△△月△△日	被保険者 との続柄	長男
上記のとおり申請します。 なお、給付金の受領を、所属する事業主へ委任します。(*3) 資格喪失後は下記の口座(*4)に振り込み依頼します。 三井住友トラストグループ健康保険組合 御中 〒 〇〇〇-〇〇〇〇〇 住 所 □□□□□□□□□□□□ 被保険者の氏名 健保 太郎 電 話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇							
(*4)資格喪失者のみ記入(なお、任意継続被保険者は、登録済みの給付金振込口座へ振り込まれます。)							
振込希望口座 (被保険者名義)	▽▽▽ 銀行		▽▽▽ 支店	普通預金 No. 〇〇〇〇〇〇〇	口座 (フリガナ) ケンボ タロウ 名義 健保 太郎		

(*)療養費の支給を受ける際は保険医による施術の同意が必要です。
「同意書」(初回・再同意)の交付を受けた際は原本の添付・要。
(*)「施術報告書交付料」を請求する場合は添付・要(写で可)。
(*)給付金は事業主より給与支給日等に被保険者に支払われます。

受 付 日	支 払 日