

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	被保険者証	記号		被保険者氏名		
		番号				
	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		
			コルセット装着日	年 月 日		
	診療又は手当 を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	診療又は手当に 要した費用の額	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		⇒国保・前保険者へ支払った「領収書」・「診療報酬明細書」				
② 自費診療のため(証不携帯・証交付前受診)		⇒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)」				
③ はり・きゅう・あんま・マッサージ等療養費還付		⇒受診機関交付の「療養費(医療費)支給申請書」・「領収書」 「同意書」(*1)				
④ その他()		⇒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 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		生年 月日	昭平 年 月 日	被保険者 との続柄	
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。(*2) 資格喪失後は下記の口座(*3)に振り込み依頼します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 三井住友トラスト・グループ健康保険組合 御中 〒 住 所 被保険者の 氏 名 (印) 電 話						
(*3)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	普通預金	支店 No.	口座 (フリガナ)	名義	

(*1)「同意書」については、受診機関交付の「療養費(医療費)支給申請書」の
 ”同意記録”欄に記載がある場合は省略可。

(*2)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