

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 付加	円
			支給金額			円
			支給決定日	年 月 日	被扶養者資格確認	円

被保険者
家族
 療養費
療養付加金
 支給申請書(立替払等)

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証	記号	○○○○		被保険者氏名	健保 太郎		
		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 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			⇒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	健保 二郎		生年 月日	平 △△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。(*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 健保 太郎 (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		▽▽▽ 支店	No. ○○○○○○	普通預金	口座 (フリガナ) ケンポ タロウ	名義 健保 太郎	

(*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