

<記入例> 前健保の保険証を使用した場合

※診療月毎、入院院毎にご記入ください。また、複数の医療機関にかかった場合は医療機関毎にご記入ください。

健康保険被保険者療養費支給申請書

健康保険証の名前の上に記載してある記号・番号をご記入ください

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所	コーセーG・アルビオン・その他()								
		3	0	1	2	3	4	5	所属	〇	〇	〇	部・課 支店
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ			生年月日	社員番号							
		健保 花子			昭和 平成	63年 1月 1日			98A98				
	被保険者の現住所 及び連絡先	〒 103 - 0027			TEL	XXX (XXXX) XXXX							
		東京都中央区日本橋〇-〇-〇											
	傷病名	気管支炎			発病又は負傷の 年月日	令和 3年 5月 10日 (負傷の場合は 時頃)							
	発病又は負傷の原因	風邪をこじらせて発病			傷病の経過	通院にて治療・経過良好							
	診療を受けた機関の 名称	×××医院			所在地	〇〇県□□市〇〇9999							
	診療の内容	診察、投薬											
診療の期間	自 令和 3年 5月 10日	日間	診療に要した 費用の額	金	4,000		円也						
	至 令和 3年 5月 15日												
療養の給付を受ける ことができなかった理由	前健保の保険証を資格喪失後に使ったため												
第三者行為によって負傷 したものであるか否か	ある ない	第三者行為による傷病届の提出の有無		ある	ない (健保までご連絡ください。)								
申請者が被扶養者に関 するときはその者の	氏名	健保 小太郎		生年月日	昭和 平成 令	28年 8月 5日		被保険者との続柄	長男				
医師に照会が必要な場合の事前同意	私は、保険者(コーセー健康保険組合)が、給付に関して必要があると認めたときは、文書その他の物件により医療機関、事業所、官公庁等に認定に必要な情報を提供、報告を求めることに同意します。なお、照会先が複数となる場合は、本同意の写しも有効と認めます。												
※給付に関する同意をしいただけない場合は、健康保険法第121条により、保険給付の全部又は一部の支給を行わないことがあります。	被保険者氏名			健保 花子									
委任状				令和 3年 6月 20日									
給付金の受領を事業主に委任します													
被保険者氏名(自署)				健保 花子									
◇上記は在職者のみ記入。退職者・任意継続被保険者の方は、下記へご記入ください。													

銀行コード		支店コード	
銀行名	銀行		支店
普通預金口座番号			
口座名義 (請求者同一)	フリガナ	氏名	

受付印

※訂正箇所には必ず訂正印を押印願います。(修正テープ、修正液使用不可)

- <必要添付書類> ①以前の加入先健保へ医療費を支払った際の領収書(原本)
②診療報酬明細書(原本)