事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書

（立替払等、生血）

※1医療機関ごと、病院と調剤は分けて申請してください。

被保険者が記入するところ

提出日	令和 00 年 00 月 00 日	☑ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は✓）				
保険証の 記号 － 番号	6700 － 00000	被保険者の所属・氏名	八総	（ﾌﾘｶﾞﾅ）ヤスカワ タロウ 安川 太郎		
被保険者生年月日	昭和 平成 令和 00 年 00 月 00 日	年齢	△△ 歳	被保険者の住所	〒 806-1236 北九州市八幡西区△△町××番××号 電話（ 093 ） ○○○ － ××××	
療養が被扶養者に関するときは、その方の	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	ヤスカワ ハナコ	生年月日	昭和 平成 令和 00 年 00 月 00 日	年齢 00 歳	被保険者との続柄 妻
	氏名	安川 花子				
傷病名	気管支炎	発症又は負傷年月日（療養開始日）	令和 00 年 00 月 00 日			
発症・負傷の原因及び経過	旅行先での環境の変化	第三者行為によるものですか	☑ いいえ ☐ はい			
診療を受けた病院等の	名称	○○内科医院	診療または調剤に支払った額			
	所在地	東京都港区△△町××番××号	12,000 円			
診療の期間（支給期間）	自 00 年 00 月 00 日 至 00 年 00 月 00 日	日数 00 日	入院外入院の別：入院外・入院	病院・調剤(薬局)の別 ※いずれかに丸をしてください。 病院 ・ 調剤(薬局)		
診療の内容	検査・投薬					
健康保険が使えなかった理由	旅行先で発症し、保険証またはマイナ保険証を不携帯だったため					
受取代理人の欄	受取方法	代理人				
	☑ 給与振込	（事業所名）	（株）安川電機または(YE)			

健保記入欄

療養費の別	1．立替払等 2．生 血	療養の原因 輸血回数	回	
支給算出額	給付の割合		計算（小数点以下切捨て）	決定額
	1．未就学児	8 割		円
	2．7歳～69歳	7 割		
	3．70歳～74歳	7割・8割・9割		

在籍している会社名

支払印

※ 太枠内を記入してください。
※ 添付資料 1．立替払等 ・・・・診療内容、点数、金額を記載した領収書（原紙）
2．生血 ・・・・領収書、輸血証明書（原紙）
※ 時 効 医師、歯科医師、薬局等、代金を支払った翌日から２年以内まで請求できます。
※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、上部余白へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

2024.04