

健 保 記 入 欄	受 付 日	令 和	年	月	日	健 保 負 担	7割	8割	--	
	資 格 取 得 日		年	月	日	支 給 額	円			
	資 格 喪 失 日		年	月	日	支 給 日	令 和	年	月	日
	被 扶 養 者 認 定 日		年	月	日	計 算 式				
		課 長	担 当	台 帳						

健保組合
受付印

- 被保険者(本人)
 被扶養者(家族)

療養費支給申請書 (立替払等)

被 保 険 者 情 報	島津製作所健康保険組合理事長殿 「注意事項」の内容について同意のうえ、療養費の支給を申請します。						令 和	年	月	日
	被 保 険 者 記 号 記 号 ・ 番 号	記 号 (左づめ)	番 号 (左づめ)	マイナンバー (←記入の場合 不要)						
	被 保 険 者 名				生 年 月 日	年 月 日				
	自 宅 住 所	〒			会 社 名					
	※任意継続被保険者 又は 資格喪失者のみ記入	銀 行 名	支 店 名	支 店 番 号	普 通 貯 蓄					

TEL

在職者は事業主経由で支給のため記入不要。退職者で記入無しは公金受取口座へ支給する場合あり。

申 請 内 容	受 診 者 名	続 柄	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	
	傷 病 名	発病または負傷の 年 月 日		令 和 年 月 日	
	発病の原因 及び 経 過 (記入ない場合返却します)	原因	第三者行為に よるものですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		経過	通勤災害・労働災害 によるものですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	診 察 を 受 け た 医 療 機 関 名	名 称	所 在 地	医 師 名 (省 略 可)	
	診 察 を 受 け た 期 間	令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで	入 院 期 間	令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで	日 間
	診 療 に 要 し た 費 用 の 額	円			

診 療 の 内 容

申 請 の 理 由

マイナ保険証が使用できず、医療費を全額自己負担したため
 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため
 その他

- 必要添付書類**
- ・ 診療報酬明細書または診療明細書
 - ・ 領収書(原本)

提 出 先 申請書類は全て書面で提出してください(Eメール提出不可)
社内便---三条 健康保険組合 宛
郵 送---〒604-8445 京都市中京区西ノ京徳大寺町1 島津製作所健康保険組合 宛

- 注 意 事 項**
- ・ 自由診療扱いによる割増額については、支給対象外です。
 - ・ 必要添付書類(明細書・領収書等)の返却はできません。
 - ・ 支給決定にあたり、別途書類の提出を求める場合があります。
 - ・ 記入漏れ、添付書類漏れがある場合は一旦返却します。
 - ・ 給付金は事業主経由で支給します。