

療養費支給申請書 (立替払い) の記入等について

健康保険 **被保険者** 療養費支給申請書【立替払い】
被扶養者

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名 〇〇株式会社 〇〇支店
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日 昭和 ●●年●●月●●日 平成
	申請者住所電話番号等 (日中の連絡先)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345		
	社員番号	1234567	メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp

申請内容	受診者(該当に○)	本人(被保険者)・家族(被扶養者)	受診者氏名	健保 太郎
	傷病名	インフルエンザ	受診者の生年月日	昭和 ●●年●●月●●日 平成
	発病の原因および経過	高熱のため、急ぎ旅行先の病院で受診した。		
	診療を受けた医療機関名称	〇〇病院	診療を受けた医療機関住所	福岡県〇〇市〇〇町〇-〇-〇
	診療を受けた期間	令和 ●●年●●月●●日から 令和 ●●年●●月●●日まで	左記の期間に入院をしていた場合はその期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	療養に要した費用	12,000 円	診療の内容	診察および投薬を受けた
	療養費の支給申請の理由(該当に○)	1. 入社したばかりで被保険者証が届いていなかったため 2. 被保険者証を持っていなかったが急病でやむを得ず医療機関にかかったため 3. 以前の被保険者証を使用したため ① その他()		
交通事故等第三者が原因ですか	① いいえ	はい	第三者が原因の場合はその状況	

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者(申請者)	氏名
	代理人(実際に給付を受領する者)	氏名

振込先情報	金融機関名称	銀行	本店	支店番号	123
	預金種別	普通 口座番号 1234567	支店	口座名義(カタカナ)	ケンポタロウ

領収(診療)明細書(医師の証明)

※診療報酬明細書(レセプト)の添付が不可能な場合に提出してください。

③ 医療機関から診療報酬明細書(レセプト)を発行してもらえない場合には、医療機関に「領収(診療)明細書」の証明を依頼してください。

急病のため保険証を持たずに医療機関等を受診したときや、以前の保険証使った場合は、申請書に必要な書類を添付して当組合に提出してください。

記入項目について

- ① 第三者行為での負傷の場合は健康保険組合に届出が必要です。届出されていない場合は後日書類をお送りしますのでご提出ください。
- ② 給付金の振込先は日本国内の口座で被保険者名義のものを記入してください。
- ③ 医療機関で診療報酬明細書(レセプト)を発行してもらえない場合は医療機関に2枚目の「領収(診療)明細書」に証明するよう依頼してください。※診療報酬明細書(レセプト)がある方は2枚目を提出する必要はありません。

添付書類

- 診療報酬明細書(レセプト) 原本
※診療報酬明細書(レセプト)がない場合は領収(診療)明細書
- 領収書(原本)

ご注意ください

診療明細書は診療報酬明細書(レセプト)ではありません。病名が入っているものが診療報酬明細書(レセプト)になります。

提出先・お問い合わせ先

フィリップス・ジャパン健康保険組合
〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イーस्टビル 8階
TEL 03-6384-2270
info@Philips-kenpo.com