

**記入例（前加入健保へ医療費を返還したとき）**

レゾナック健康保険組合 常務理事 殿

被 保 険 者  
家 族

**療養費支給申請書**

|   |                      |  |                                   |   |                       |
|---|----------------------|--|-----------------------------------|---|-----------------------|
| 1 | 申請年月日                | 令和 ○年 ○月 ○日  | 事業所（会社）の名称                        | 株式会社○○○○○   |                       |
|   | 被保険者証の記号・番号          | 記号<br>1 2  | 番号<br>3 4 5 6 7                   | 被保険者氏名  | (7/カ) ケンボ 知由<br>健保 太郎 |
|   | 連絡先住所・電話番号           | (〒 105-0000 ) 東京都○区△△○丁目○○番地○号<br>(TEL: 03-○○○○-○○○○ )   |                                   |   |                       |
| 2 | 対象者氏名                | 健保 花子  | 対象者生年月日                           | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ○○年 ○月 ○日<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和                        | 被保険者との続柄<br>妻         |
| 3 | 傷病の種類および傷病名          | <input checked="" type="checkbox"/> 病気 ・ <input type="checkbox"/> けが<br>※けがの場合「負傷原因届」を併せてご提出ください。<br>(傷病名 頭痛)  | 4 発病または負傷の年月日                     | <input type="checkbox"/> 平成 ○年 ○月 ○日<br><input checked="" type="checkbox"/> 令和  |                       |
|   | 発病または負傷の原因           | <input type="checkbox"/> 業務外 <input type="checkbox"/> 業務中または通勤途中<br><input type="checkbox"/> 生来性 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 眼精疲労による )   | 診療または手当の内容                        | <input checked="" type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 調剤<br><input type="checkbox"/> 治療用装具等の作成 <input type="checkbox"/> その他 |                       |
|   | 傷病の経過                | <input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他 ( )   |                                   |   |                       |
| 5 | 傷病が第三者の行為に因るものであるか否か | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無<br>※有の場合、「第三者の行為による傷病届」を併せてご提出ください。   |                                   |   |                       |
| 6 | 診療を受けた医療機関<br>調剤薬局等  | 名称   | ○○○○クリニック<br>医師または薬剤師の氏名<br>○○ ○○ |   |                       |
|   |                      | 住所   | ○○県○○市○○町△△△番地                    |   |                       |
| 7 | 診療または手当の期間           | 令和 ○年 ○月 ○日 から<br>令和 ○年 ○月 ○日 まで   | 8 診療または装具等に要した費用の額                | 27,000円   |                       |
|   | 療養費を申請する理由           | <input type="checkbox"/> 保険証を持たずに医療機関を受診したため<br><input type="checkbox"/> 治療用装具、治療用眼鏡等を作成し、費用を全額負担したため<br><input checked="" type="checkbox"/> 当組合に加入する前の保険証を使って受診し、医療費を返還したため<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                   |   |                       |
| 9 | 委任状                  | 給付金の振込について：健保から事業主へ振込み、事業主から被保険者へ給与に含めて振込まれます。給与合算手続きを事業主に依頼するため、必ずご署名ください。  |                                   |   |                       |
|   |                      | 本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。<br>令和 ○年 ○月 ○日 被保険者氏名 健保 太郎  |                                   |   |                       |

記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。  
二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

- ◆以下に該当する場合にご申請ください  
レゾナック健康保険組合加入前の保険証を使って受診し、前加入健保からの請求により健保負担分の医療費を返還したとき。
- ◆記入要領（記入例の番号と照合してください）  
共通：は該当するものにをご記入ください。
  - ①本申請書を事業所（会社）に提出する日をご記入ください。
  - ②前加入健保の保険証で受診した方についてご記入ください。
  - ③前加入健保の保険証で受診した傷病についてご記入ください。
  - ④前加入健保の保険証で受診した傷病の初診日をご記入ください。不詳等の場合はその旨ご記入ください。
  - ⑤第三者行為、交通事故に該当した場合は事前に健保組合にご連絡ください。
  - ⑥医師または薬剤師氏名については、不明の場合記入不要です。
  - ⑦治療中の場合は余白にその旨をご記入ください。
  - ⑧前加入健保から届いた返還金の領収書に記載された金額をご記入ください。
  - ⑨給付金は給与合算振込みとなりますので必ずご記入ください。
- ◆添付書類（いずれも原本）
  - ①前加入健保から届いた返還金請求書（または同様の通知書）
  - ②前加入健保から届いた返還金領収書
  - ③前加入健保から届いた診療報酬明細書（未開封でご提出ください）
  - ④傷病の種類がけがの場合 → 『負傷原因届』
  - ⑤傷病原因が第三者行為または交通事故の方 → 『第三者の行為による傷病届』
- ◆その他
  - ・診療費を支払った日ごとにその翌日から起算して2年を経過した場合は申請ができません。
  - ・毎月25日までに到着した申請分を翌月給与に合算して支給いたします。
  - ・給付金支給金額はレゾナック健康保険組合ホームページの「MY HEALTH WEB」でご確認いただけます。

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。  
二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。