

記入例（保険証を持たずに医療機関を受診したとき）

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	番号	(フリガナ)	ケホ 知
		1 2	3 4 5 6 7	健保 太郎	
	連絡先住所・電話番号	(〒 105-0000) 東京都○区△△○丁目○○番地○号 (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 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	被保険者との続柄 妻
③	傷病名	急性胃炎	④ 発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 平成 ○年 ○月 ○日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	
⑤	発病または負傷の原因	食生活の乱れとストレス	診療または手当の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 治療用装具等の作成	<input type="checkbox"/> 調剤 <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 ()			
⑥	診療を受けた医療機関調剤薬局等	名称	○○胃腸クリニック 医師または薬剤師の氏名 ○○ ○○		
		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 令和 ○年 ○月 ○日 まで	⑧ 診療または装具等に要した費用の額	○日間 27,000円	
	療養の給付を受けることができなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証を持たずに医療機関を受診したため <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 <input 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 <input type="checkbox"/> その他 ()			
⑨	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 ※有の場合、「第三者の行為による傷病届」の提出が必要です			
⑩	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付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。 令和 ○年 ○月 ○日 被保険者氏名 健保 太郎			

K001

※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。

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

1. 本人の入社直後または家族の扶養申請中で、資格が発生していても保険証が手元に届いていない期間中に医療機関を受診し、医療費を全額支払ったとき。
2. やむを得ず保険医療機関（保険証が使える医療機関）以外の医療機関を受診したとき。
※イメージ：保険証を提示していれば3割（または2割）負担で済むところを10割負担した場合
※医療機関によっては同月内に保険証を提示すれば精算に応じていただける場合がありますので、ご確認ください。

◆注意事項

申請書は診療月ごと（1～末日）、診療区分（医科・歯科・調剤）ごと、入院・外来別に作成してください。
例）医療機関を受診し、処方箋をもらって調剤薬局に行き薬をもらった場合 ⇒ 申請書は2枚必要です。

◆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受診した方についてご記入ください。
- ③受診した傷病名をご記入ください。
- ④受診した傷病の初診日をご記入ください。不詳、生来性の場合はその旨ご記入ください。
- ⑤できるだけ詳細にご記入ください。特に怪我の場合は、いつ、どのような状況で負傷したかを具体的にご記入ください。原因が不明、不詳の場合も必ずその旨ご記入ください。
- 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領収書に記載された金額（同一月に複数枚ある場合は合計金額）をご記入ください。
- ⑨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。
- ⑩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領収書
- ②診療報酬明細書（薬局の場合は「調剤報酬明細書」）…A4サイズ(縦)の書類
※医療機関・調剤薬局窓口申し出れば交付されます。
※会計時に領収書とともに交付される『診療明細書』、『調剤明細書』は不可。
- ③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。