

記入例（保険証を持たずに医療機関で受診したとき）

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		2 事業所（会社）の名称	任意継続							
	被保険者証の記号・番号	記号 1 2	番号 3 4 5 6 7	被保険者氏名	(7)ガナ	ケンボ 知ウ	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-○○○○-○○○○)												
3	対象者氏名	健保 花子	対象者生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	○○年 ○月 ○日	被保険者との続柄	妻					
4	傷病の種類および傷病名 (傷病名 急性胃炎)	5 発病または発病または負傷の原因		発病または負傷の年月日		○年 ○月 ○日						
		<input checked="" type="checkbox"/> 病気 ・ <input type="checkbox"/> けが ※けがの場合「負傷原因届」を併せてご提出ください。 <input type="checkbox"/> 業務外 <input type="checkbox"/> 業務中または通勤途中 <input type="checkbox"/> 生来性 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (ストレスによる)		<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和		○年 ○月 ○日						
発病または負傷の原因		診察または手当の内容		<input checked="" type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 調剤 <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 ()												
6	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」を併せてご提出ください。									
7	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									
8	診療または手当の期間		令和 ○年 ○月 ○日 から	9 診療または装具等に要した費用の額	27,000円							
			令和 ○年 ○月 ○日 まで		○日間							
療養費を申請する理由 <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 ()												
10	受取方法 <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の振込先指定口座欄にご記入ください。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します											
11	振込先指定口座		金融機関名称	ゆうちょ 銀行 一二三 支店 (出張所)								
			預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
			口座名義	ケンボ タロウ								

K001 退

※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

- 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。
- 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もありますので、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。

- 本申請書を健保組合に送付する日をご記入ください。
- 任意継続被保険者の方は『任意継続』とご記入ください。その他の方は退職した会社名をご記入ください。
- 受診した方についてご記入ください。
- 受診した傷病についてご記入ください。
- 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。
- 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。
- 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。
- 治療中の場合は余白にその旨をご記入ください。
- 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。
- マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する方は□に✓をご記入ください。
- 公金受取口座を利用しない方はご記入ください。ゆうちょ銀行を指定される方は、振込専用の店名（漢数字3文字）、口座番号をご記入ください。

◆添付書類（いずれも原本）

- 領収書
- 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。
- 傷病の種類がけがの場合 → 『負傷原因届』
- 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25日（休日の場合は前日）に給付いたします。
- 任意継続の方の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。その他の方には給付金明細が記載された『保険給付決定支払通知書』を送付いたします。