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○○○○○	
被保険者等記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)　ｹﾝﾎﾟ　ﾀﾛｳ 健保　太郎	
	１２	３４５６７			
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	☑昭和 ☐平成 ☐令和	○○年 ○○月 ○○日	被保険者との続柄：妻
③ 傷病の種類および傷病名	☑ 病気　・　☐ けが ※けがの場合「負傷原因届」を併せてご提出ください。 （傷病名　頭痛　）		④ 発病または負傷の年月日	☐平成 ☑令和　○年　○○月　○○日	
発病または負傷の原因	☐ 業務外　☐ 業務中または通勤途中 ☐ 生来性　☑ その他（ 眼精疲労による ）		診療または手当の内容	☑ 診察　☐ 調剤 ☐ 治療用装具等の作成　☐ その他	
傷病の経過	☐良好　☑治癒　☐治療中　☐その他（　　）				
⑤ 傷病が第三者の行為に因るものであるか否か	☐ 有　・　☑ 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。				
⑥ 診療を受けた医療機関調剤薬局等	名称	○○○○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　○日間		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	☐ マイナ保険証等を持参せず医療機関を受診し、医療費を全額負担したため ☐ 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 ☑ 他の健保組合の資格で喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため ☐ その他（　　）				
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。 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
レゾナック健康保険組合加入前の資格で受診し、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前加入健保の資格で受診した方についてご記入ください。
③前加入健保の資格で受診した傷病についてご記入ください。
④前加入健保の資格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）
❶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）
❷前加入健保から届いた返還金領収書
❸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）
❹傷病の種類がけがの場合 → 『負傷原因届』
❺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。