健康保険

療養費支給申請書

裏面「必要添付書類」及び「注意事項」を必ずお読みになってからご記入ください。

被保険者が記入するところ

① 被保険者等記号・番号	被保険者の氏名及び生年月日	② 昭・平　年　月　日	③本請求書の提出を事業主に依頼します チェック ☐
ー			

④被保険者（請求者）の現住所	郵便番号 ― TEL（　　）携帯（　　）方
⑤事業所の名称	

⑥被扶養者（家族）が受けるものであるときは、その者の

㋐ 氏名		㋑ 続柄		㋒ 生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
⑦ 傷病名		⑧発病または負傷の日時	平成 令和　年　月　日 午前 午後　時頃		

⑨発病または負傷原因

1. 外傷性の傷病（骨折、打撲等）ですか。
   ☐はい（2～7に回答してください）
   ☐いいえ（7のみ回答してください）
2. けがをした日は次のうちどれにあたりますか。
   ☐出勤日 ・ ☐休日（定休日・有給休暇を含む）
   ☐その他（　　）
3. けがをした時間帯は次のうちどれにあたりますか。
   ☐勤務時間中 ・ ☐通勤途中（☐出勤 ・ ☐退勤）
   ☐出張中 ・☐私用 ・☐その他（　　）
4. けがをした場所は次のうちどれにあたりますか。
   ☐会社内 ・ ☐道路上 ・ ☐自宅
   ☐その他（　　）
5. けがをした原因は次のうちどれにあたりますか。
   ☐交通事故 ・ ☐暴力（ケンカ）
   ☐スポーツ中（☐職場の行事・☐職場の行事以外）
   ☐動物による負傷（飼い主 ☐有 ・ ☐無）
   ☐あてはまらない
6. 「上記5」に当てはまる場合、あなたは次のうちどれにあたりますか。
   ☐被害者 ・ ☐加害者 ・ ☐相手無
7. 負傷又は発病の原因を具体的に記入してください。

⑩第三者の行為によるものですか	⑪「はい」の場合、第三者の住所、氏名（住所・氏名が不明であるときはその旨）		
はい ・ いいえ			

⑫療養の給付を受けることができなかった理由	1. 旧保険証利用のため　2. 保険証不携帯・未発行のため　3. その他（　　）
⑬診察又は手当を受けた医療機関等の名称	
⑭治療又は手当の内容	⑮診療又は手当にかかった費用　円
⑯診療又は手当の期間	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　日間

受取代理人欄

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　年　月　日

被保険者（請求者）　住所　氏名

代理人の氏名	（フリガナ）	委任者と代理人との関係

☐ **マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。（利用する場合は☑、利用しない場合は下記口座欄を記入してください）**

※口座情報の反映には数日を要しますので、登録の時期によっては以前の登録口座に振り込まれる場合があります。

※受取代理人を指定する場合は、公金口座を利用できません。

振込先指定口座	銀行コード ―― 銀行・農協 信金・信組	支店コード ―― 本店 支店	
普通 ・ 当座	口座番号		
口座名義		フリガナ	

口座名義が被保険者名でないときは必ず受取代理人欄を記入してください。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

この書類の送付先は

〒100-0014
東京都千代田区
永田町2-17-2

東京薬業健康保険組合　給付課　宛

受付日付印

東京薬業健康保険組合

※※記入方法及び注意事項※※

〔記入の注意事項〕

1. ①の被保険者等記号・番号が分からない場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください。
2. 被保険者は、当組合加入の事業所に勤務し、保険料を納めている方です。被扶養者は、被保険者に扶養されているご家族の方です。
3. 事業主を通して書類を提出いただく場合には、必ず③欄にチェックをしてください。

〔旧保険証利用の場合の添付書類〕

1. 診療報酬明細書（発行方法については旧健康保険にご確認ください。）
2. 旧健康保険に返金したことがわかる領収書（原本）

〔保険証不携帯の場合の添付書類〕

1. 診療明細書、調剤明細書（原本）
2. 領収書（原本）

※ 証明書が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所及び氏名を明記した翻訳文を添付してください。

※ 添付書類の返却を希望される場合は、健保までご連絡ください。

※ 健康保険の給付の受給権は２年で消滅します。療養費の時効の起算日は支払をした日の翌日です。

記入漏れや不備事項がありますと、決定が遅れる場合があります。