

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 被保険者証の記号・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 <input type="checkbox"/>		
	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								
	⑦氏名		⑧続柄		⑨生年月日		昭和 平成 令和 年 月 日		
	⑩傷病名		⑪発病または負傷の日時 平成 年 月 日 午前 午後 時 分						
	⑫発病または負傷の原因		⑬発病または負傷の原因を具体的に記入してください。						
	⑭第三者の行為によるものですか		⑮「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)						
	⑯療養の給付を受けることができなかった理由		⑰1. 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 ( )						
	⑱診察又は手当を受けた医療機関等の名称								
⑲治療又は手当の内容		⑳診療又は手当にかかった費用		円					
㉑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

振 込 先 指 定 口 座	銀行コード _____ 支店コード _____	
	銀行・農協 本店 信金・信組 支店	
	普通・当座	口座番号
口座名義	フリガナ	

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

※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	
-----------------------	--

## ※※記入方法及び注意事項※※

### 〔記入の注意事項〕

1. 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。
2. 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。**