

I 立替払等 健康保険 本人 療養費 一部負担還元金 支給申請書
家族 療養費 家族療養費付加金

○ 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して③欄の印を押して、その上に正しい字句を記入してください。

① 健康保険証の記号と番号	記号 番号	② 被保険者氏名(請求者) 生年月日	(フリガナ)	③
④ 被保険者(請求者)の現住所	〒	昭・平・令 年 月 日		④ 日中連絡のとれる電話番号 自宅 - - 携帯 - -
⑤ 勤務先会社名				
⑥ 家族が療養を受けた場合はその方の氏名	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者との続柄
⑦ 傷病名			⑧ 発病または負傷年月日	平・令 年 月 日
⑨ 診療を受けた病院等の名称	名称			所在地
⑩ 診療の内容			⑪ 診療に要した費用の額	円
			⑫ 診療区分	入院 ・ 外来
⑬ 発病の原因及びその経過				
⑭ 診療を受けた期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで		日間	
	入院の場合、入院期間 平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで 日間			
⑮ 業務上または通勤途上によるものですか	はい ・ いいえ		⑯ 他人の行為によるものですか ※	はい ・ いいえ
⑰ 療養費を支給申請する理由(該当する番号に○)	1. 入社から間もなく、被保険者証が交付される前に受診したため 2. TJK加入前の被保険者証を使用し、以前の保険者に医療費を返還したため 3. その他 ()			

※⑯で「はい」と回答された場合は「第三者行為による傷病届」をご提出いただく場合があります。

在職中の皆様には事業所(会社)経由での給付金の受け取りにご協力いただいております。支払金融機関欄は記入せずに委任状欄のみ記入してください。退職者等で被保険者(請求者)の個人口座に受け取りを希望する場合は、支払金融機関欄を記入し委任状欄は記入しないでください。

受付日付印

保 険 給 付 状 金 受 取 先	保 險 委 任 状	私は下記の者に療養費の受領を委任します。 令和 年 月 日	
		被保険者(請求者) 住所 氏名	(③欄と同一印) ㊞
		(1) 事業主の選定した保険給付金受領代理人 ※(1)、(2)いずれかを○で囲んでください。 (2) (1)以外の代理人(下記に代理人の住所・氏名、下欄の支払金融機関に記入)	
		代理人 住所 氏名	
	支 払 金 融 機 関	銀行・農協 信金・信組	本店 支店
		金融機関コード	預金種別 普通 ・ 当座
		店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)	
		口座番号 (ゆうちょ銀行の場合は8ケタの通帳番号)	フリガナ
			口座名義

マイナンバーにより申請される方は下記へ記入してください。マイナンバーを記入する場合、個人番号及び本人確認をするための添付書類が必要です。