

常務理事	係員

支給決定日	年 月 日
支給決定額	円

被保険者
家 族

療養費支給申請書(立替払等)

申請者 (被保険者) 記入欄	被保険者証記号	被保険者証番号	氏 名		(印)	
	住 所	〒				
	事業所名	TEL		マンNo.		
	受診者	被保険者 ・ 被扶養者(氏名)				
	発病・負傷年月日	年 月 日	傷病名			
	発病・負傷の原因及び経過 (詳しく)	※ケガ…負傷原因報告書を併せてをご提出ください				
	診察を受けた医療機関等の	名称	診療した 医師等氏名			
	療養に要した費用の額					円
	診療を受けた期間	年 月 日 ~	年 月 日	日間		
	立替払等の理由	<input type="checkbox"/> 加入して間もなく、被保険者証が届いていなかったため <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため <input type="checkbox"/> 加入前の被保険者証を使用してしまったため(前保険者より通知あり) <input type="checkbox"/> その他()				
	※該当するものに☑ をご記入ください					

申請者 記入欄	年 月 日
	上記のとおり申請いたします。 尚、私の受ける表記給付金の受領は事業主に委任いたします。
	申請者 住 所 _____ 氏 名 _____ (印)
大真空健康保険組合理事長 殿	

※添付書類※ ●領収・明細書の原本
●診療明細書の原本

被保険者マイナンバー記載欄																			
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。・マイナンバーを記載した場合は、本人確認書類が必要です。

月末締め、翌月給与日支払い(事業所より給与と同時振込)となります。

給与明細書に健保としての項目はありません。決定通知書で通知した支給金額にてご確認をお願いいたします。