

被保険者 (申請者) 情報	被保険者等記号・番号		氏名	
	記号	番号	フリガナ	フリガナ
	300	123456	ケンボ	ヨシオ
			(氏) 健保	(名) 良夫
住所			生年月日	
〒176-0001 東京都練馬区練馬〇-〇-〇 △△マンション〇〇号室			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 51年6月24日	
事業所	名称		所在地	
	総合警備保障株式会社		〒107-8511 東京都港区元赤坂1-6-6	
	所属		番号など	
〇〇〇支社 □□□営業所		事業所の名称、所在地は「本社」 所属には「実際に配置されている支社、部署」を お書きください	— ××××	

申請内容	受診者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)	被扶養者(家族)の場合はその方の氏名	生年月日	
	傷病名	感染性胃腸炎		発病または 負傷年月日	
	発病の原因および 経過(詳しく)	<input checked="" type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ	病気の場合は、下記に【原因および経過】をお書きください 前日の午後から吐気と腹痛があり市販の胃腸薬を服用していたが、夜中から下痢と嘔吐 が激しくなり、今朝になって救急外来を受診しそのまま入院となった。原因は不明。 ケガの場合は、別紙「負傷の原因届」を記入のうえ、併せてこの申請書のほかに 「負傷の原因届」が必要です		
	診療を受けた 医療機関等の	名称		所在地	氏名
		〇〇総合病院		〒176-0002 東京都練馬区桜台〇-〇-〇	〇〇 〇〇
	診療を受けた期間	入院	令和6年5月29日	令和6年5月31日	日数
		外来	令和 年 月 日	月ごとに申請してください。 複数月分の申請の場合(例えば4月分と5月分)は、 それぞれの月について申請書が必要(2枚)です	日間
	療養に要した 費用の額	378,560 円			
診療の内容	検査、点滴、投薬				
療養費の申請の 理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため <input type="checkbox"/> 2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため <input type="checkbox"/> 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため <input type="checkbox"/> 4. その他 理由 { }				

●この申請による給付金を事業主経由で給与口座へ支給するため、次の申請者欄にご記入ください。

受取代理人欄	申請者	私はこの給付金の受領を下記代理人に委任 原則、事業主への委任払いとなりますので、 申請者欄を記入してください	添付書類
	代理人	受取代理人は本社の総合事務部長です 申請者欄に記載のうえ、代理人欄は空白 のまま、本社の総合事務部へ提出して ください	《医療機関等で健康保険の資格が確認できずに10割負担した場合》 ①医療機関で発行した領収書 ②診療明細書や調剤明細書など、診療内容、期間のわかるもの 《当組合に加入後、以前の保険者資格で受診し、以前の保険者へ医療費を 返還した場合》 ①返還先の保険者から発行された領収書 ②返還先の保険者から発行されたレセプト(診療報酬明細書) ※ どちらの場合も、必ず、領収書だけではなく明細書も必要です 《骨髄液または臍帯血の搬送費の場合》 ①搬送に要した費用がわかる領収書 ②搬送が必要と認めた医師の意見書
<input type="checkbox"/> 事業主経由で給与口座へ振り込みます		備考欄	
被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認を 受ける必要があります)			