

健 保 記 入 欄	支 給 額	円	支 給 決 議 書			資 格 取 得	年 月 日
	法定給付支給額	円	常務理事	業務部長	係	資 格 喪 失	年 月 日
	付加給付支給額	円				区 分	本・家(6未・家・高一・高7)
	支 給 日						自費・他制度利用

東京海上日動健康保険組合 御中

被 保 険 者 療 養 費 支 給 申 請 書 第 二 家 族 療 養 費

立替払等

被 保 險 者 記 入 欄	被保険者等 記号番号	資格情報のお知らせ等を見てご記入ください。		マイナンバー※1 (任意記入)	***** (被保険者等記号番号が不明な場合 要本人確認書類)			
	事業所名							
	受診者氏名		生年月日	1.昭 2.平 3.令	年	月	日	
	傷病名	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> 業務上・通勤中の「傷病名」から「診療費用」の部分は、 別紙「療養費支給申請明細書」に記載してください。 </div>		発症又は 負傷年月日	1.昭 2.平 3.令	年	月	
	発症又は 負傷原因			傷病経過				
	業務上・通勤中 によるものですか？							
	診療内容	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> 別紙「療養費支給申請明細書」に記載してください。 </div>						
	受診した 医療機関等			所在地	診療した医師等の氏名			
	診療費用	円 (別紙領収書の通り)						
	申請理由 (☑をしてください。)	<input type="checkbox"/> 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"/> 資格確認書の交付を受けているが、持参を忘れたため <input type="checkbox"/> 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						
	給与受取口座 ※2	銀行	支店	1.普通 2.当座	口座番号	口座名義人(カタカナ)		
	入 欄	上記のとおり申請します。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 住 所 被 保 険 者 氏 名 * 日中の連絡先 (電話番号)						

受 付 印

【記入内容を訂正する場合】 ①又は②の方法にてご訂正下さい。

- ①訂正箇所にて二重線を引く ⇒ その上に訂正内容を書く ⇒ その隣にフルネームで小さく署名する
 ②訂正箇所にて二重線を引く ⇒ 訂正印を押印、その上に訂正内容を書く ⇒ 「被保険者氏名*」の氏名横に同じ印を押す

※1 「被保険者等記号番号」をご記入いただければ、マイナンバーは記入不要です。
 なお、「被保険者等記号番号」を記入せず、マイナンバーでの請求をご希望の方は、予め健保組合にご連絡ください。

※2 「給与受取口座」には、必ず当組合の「被保険者」名義の口座をご記入ください。
 なお、「TMNF」、「TAS」、「システムズ」、「TMO」、「任意継続」の方は、記入不要です。

【添付書類】

他制度での受診の場合	①診療報酬明細書(他保険より交付) ②領収書原本(他保険に納付したもの)
自費受診の場合	①診療報酬明細書(病院・薬局より交付) ②領収書原本

療養費支給申請明細書

受診者氏名	どちらかに ○をしてください	生年月日	診療月	医療機関の名称		診療内容及び 診療経過	発病または 負傷の原因	業務上・通 勤中による ものですか？	他者の行 為によるも のですか？	申請額
				所在地						
				診療した医師等の氏名						
	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1.昭 2.平 3.令 年 月 日	年 月			別添診療報酬 明細書の通り		業務上 通勤中 いいえ	はい いいえ	円
	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1.昭 2.平 3.令 年 月 日	年 月			別添診療報酬 明細書の通り		業務上 通勤中 いいえ	はい いいえ	円
	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1.昭 2.平 3.令 年 月 日	年 月			別添診療報酬 明細書の通り		業務上 通勤退勤中 いいえ	はい いいえ	円
	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1.昭 2.平 3.令 年 月 日	年 月			別添診療報酬 明細書の通り		業務上 通勤中 いいえ	はい いいえ	円
	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1.昭 2.平 3.令 年 月 日	年 月			別添診療報酬 明細書の通り		業務上 通勤中 いいえ	はい いいえ	円
	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1.昭 2.平 3.令 年 月 日	年 月			別添診療報酬 明細書の通り		業務上 通勤退勤中 いいえ	はい いいえ	円
	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1.昭 2.平 3.令 年 月 日	年 月			別添診療報酬 明細書の通り		業務上 通勤中 いいえ	はい いいえ	円
	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1.昭 2.平 3.令 年 月 日	年 月			別添診療報酬 明細書の通り		業務上 通勤中 いいえ	はい いいえ	円
	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1.昭 2.平 3.令 年 月 日	年 月			別添診療報酬 明細書の通り		業務上 通勤中 いいえ	はい いいえ	円
	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1.昭 2.平 3.令 年 月 日	年 月			別添診療報酬 明細書の通り		業務上 通勤中 いいえ	はい いいえ	円
									療養費支給申請合計額	円