

記入例

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) | | <input type="checkbox"/> 自費診療 <input type="checkbox"/> 医療費返還 | | <input type="checkbox"/> JSR健康保険組合 御中 | | <input type="checkbox"/> いずれかにチェックして下さい。 | | <input type="checkbox"/> 健保組合へ提出する日を記入して下さい。 | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 係 <input type="checkbox"/> 押 <input type="checkbox"/> 印 <input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> 要 | |
| | | | | | | | | 療養費支給申請書 | |
| | | | | | | | | 常務理事 | |
| | | | | | | | | 申請日 令和 ** 年 ** 月 ** 日 | |
| | | | | | | | | 訂正印を押印して下さい。 | |
| ①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認ください。 | | ①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認ください。 | | ①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認ください。 | | ①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認ください。 | | ①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認ください。 | |
| 被保険者等記号・番号 記号 ** 番号 **** 被保険者氏名 健保 太郎 | | | | | | | | | |
| 被保険者の現住所 〒 *** - **** 三重県四日市市〇〇町**** | | | | | | 電話番号 ***** - ***** 任意継続の方は、記入不要です。 | | | |
| 被保険者が勤務している事業所名称 〇〇㈱ | | 所属 テレNo. 〇〇チーム Y** (A01) | | 連絡先 (内線) *** - **** | | | | | |
| 任意継続の方は「任意継続」と記入下さい。 | | | | 任意継続の方は、記入不要です。 | | | | | |
| 受診者氏名 健保 太郎 (被保険者との続柄: 本人) | | 受診者の生年月日 平成 ** 年 ** 月 ** 日 令和 | | | | | | | |
| 傷病名 急性胃炎 続柄は「長男」「義母」等と記入して下さい。(略称の「子」等は不可) | | 病又は年月日 昭和 平成 ** 年 ** 月 ** 日 | | | | | | | |
| 発病又は負傷の原因および傷病の経過 ※ケガの場合は、いつ、どこで、何をしていてどうなったかなど詳しく記入下さい。 帰省先で、夜になって胃が痛くなったが、翌日になっても痛みが残っていたため、病院へ行った。薬をもらい痛みはおさまった。 | | | | | | | | | |
| 診療を受けた医療機関の名稱 〇〇病院 | | 所在地 〇〇県××市△△町**** | | | | | | | |
| 申請理由および添付書類 (該当にチェック) <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 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"/> その他 (理由: →『診療(調剤)報酬明細書(原本)』、『医療機関(薬局)の領収書(原本)』 <input type="checkbox"/> 以前加入の健保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 →『診療(調剤)報酬明細書(写しを以前の健保から取り寄せ)』、『返還した領収書(原本)』 | | | | | | | | 詳しく記入して下さい。 | |
| 診療内容 診察を受け、薬を処方してもらった | | 入院外来の別 □ 入院 • <input checked="" type="checkbox"/> 外来 | | | | | | | |
| 診療期間(支給期間) 令和 ** 年 9 月 7 日 から 令和 ** 年 9 月 7 日 まで 診療を受けた日数 (1) 日間 | | 診療に要した費用の額 16,420 円 | | | | | | | |
| 傷病が第三者の行為によるものであるか否か <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない | | 傷病が第三者の行為によるものとき <input type="checkbox"/> 第三者の氏名・住所 (b不明のときはその旨) | | その事実の届出をJSR健保組合へ | | <input type="checkbox"/> している • <input type="checkbox"/> していない | | | |
| | | | | | | | | | |
| 金融機関名 〇〇 (被保険者名義) | | 支店名 XX | | | | | | | |
| 振込希望口座 金融機関コード **** | | 店番コード *** | | 種目 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | | 口座番号(右ジメ) ***** * * * * | | 口座名義(カタカナで記入) ケンポ タロウ | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 被保険者名義の口座を記入して下さい。 | |

●自費診療の場合

医療機関、薬局(院外処方)へ支払った額を記入して下さい。

●医療費を返還した場合

医療機関・薬局(院外処方)へ支払った額と以前の健保へ返還した額を合算して記入して下さい。