

被保険者
健康保険 家族 療養費 支給申請書(立替払等)

あいちフィナンシャルグループ健康保険組合理事長 殿

被保険者の情報（申請者）

*下線部分にご記入ください

被保険者の記号・番号	_____	・	_____	店番・所属	_____	・	_____
記号・番号が不明な場合は、マイナンバー（番号）を記入してください。							
*記入の場合マイナンバーの写しが必要							
氏名	_____						
生年月日	昭和 平成	_____	年	_____	月	_____	日
郵便番号	_____ - _____						
住所	_____ 都道府県 _____						
電話番号（日中連絡が取れる番号）	_____ - _____ - _____						

振込先指定金融口座（給与振込口座）

金融機関名	あいち銀行	支店名	_____
	普通預金	口座番号	_____
口座名義人（カタカナで記入してください）	_____		
*公金口座の金融機関へ振込の場合は、健康保険組合へご連絡ください			

添付書類（原本を添付のこと）

マイナ保険証等を持たずに受診した場合

- ・領収書（医療機関、調剤薬局発行）
- ・診療報酬明細書（医療機関発行）
- ・調剤報酬明細書（院外処方の場合に調剤薬局で発行）等
 - ※ 傷病名、診療内容（検査等）の詳細や、処方された薬の名前などのわかる書類が必要
 - ※ 封かんされているときは開封しないで封筒ごと添付してください

国民健康保険や他の保険者の保険証を使用し、医療費の返還を行った場合

- ・医療費を返還した保険者から交付を受けた診療報酬明細書
 - ※ 封かんされているときは開封しないで封筒ごと添付
- ・返還請求された金額を支払ったことを証明する領収書

申請内容

受診者 ・本人 ・家族（続柄 _____）氏名 _____
 生年月日 昭和 平成 令和 _____年____月____日

傷病名 _____

発病または負傷年月日 令和____年____月____日

発病の原因および経過を詳しく教えてください。

***ケガの場合は、「負傷原因届」を併せて提出してください**

.....

診療を受けた医療機関

名 称 _____

所在地 _____

診療した医師等の氏名 _____

診療を受けた期間 令和____年____月____日 から ____年____月____日まで
 日数 _____日

上記の期間に入院していた場合はその期間

令和____年____月____日 から ____年____月____日まで
 日数 _____日

療養に要した費用の額 _____円

診療の内容

.....

療養費の支給申請の理由（いずれかに○をつけてください）

- ・ 入社して間がなく、資格確認書等が届いていなかったため
- ・ 緊急でやむを得ず受診をし、マイナ保険証等を持っていなかったため
- ・ 誤って他の保険者のマイナ保険証等を使用したため
- ・ その他 _____

M1-012
 第3種保存期間10年
 令和7年4月1日改正

受付日付印