

健 保 使 用 欄	支払年月日				常務理事	事務長	係長	担当	受付№	
	資格	取得	昭和・平成・令和 年 月 日							
		喪失	平成・令和 年 月 日			扶養認定日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	種目	請求	査定	種目	請求	査定	本人	家族	6才	高齢
	初診再診			その他						
	指導、在宅								高額療養費	円
	投薬、注射								付加金	円
	処置、手術									円
	検査、画像								支給金額	円
				合計						

健保記入欄

アイシン健康保険組合 御中

記入例

被保険者
 被扶養者

療養費支給申請書

【保険証不携帯による自費診療、資格喪失後の返納金】

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号	41	番号	12345	会社名・所属	〇×△□株式会社 総務部 総務G	
	被保険者氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎 (健保)				生年月日	昭和 32年 7月 15日 平成	
	連絡先住所	〒446-0057		都 道		連絡先	TEL 0566-XX-〇△×〇	
		愛知 府	(県)	安城	(市) 区	〇〇〇 町	2-8-1	
	対象者氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎				対象者生年月日	昭和 元年 5月 25日 平成 令和	
	傷病名	インフルエンザ				発病または 負傷年月日	平成 元年 5月 31日 令和	
	保険診療を受ける ことができなかった 理由	保険証を持参しなかった為						
	療養を受けた 医療機関	所在地、名称 アイシンクリニック				医師名 アイシン 健士朗		
	受診期間	平成 (令和) 元年 5月31日 から		1 日間		診療に要した 費用	10,500 円	
		平成 (令和) 元年 5月31日 まで						
区 分	入院		(通院)		第三者の行為(交通事故・けんか 等)によって負傷したものですか?	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
振込先	●療養費は、給与の口座 又は 会社指定口座へ振り込みます。 退社等で給与口座以外の振込は下記へ記入してください。							
	銀行・信用金庫・信組・農協				本・支店		普通・当座	
	口座番号			口座名義人 (カタカナ)				

●添付書類●

領収明細書、診療報酬明細書(いずれも原本)

●注意事項●

- ・この請求書は毎月8日迄に健保へ届いた分は当月の22日にお支払いいたします。但し、同日が休日の場合は前日支払となります。
- ・尚、書類に不備、不足がある場合や資格確認調査等により遅れる場合がありますので、ご了承ください。
- ・個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみに使用し、その目的以外に使用しません。

●提出ルート● 本人 → 健保組合