

【医療費を立て替え払いした場合の記入例】

必要事項は被保険者本人がすべて自筆で記入してください

(書類は所属事業所に提出してください)

* 但し、任意継続の方は直接健保まで提出してください

							外・六・訪問・喪喪
--	--	--	--	--	--	--	-----------

被保険者
家 族 療 養 費 支 給 申 請 書 〔 除く
業務上または通勤途上災害による傷病 〕

あてはまるものに○印

必ず 該当する方のいずれかに記入

会社名のみを記入

領収証の金額を記入

被保険者証の 記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇	事業所(会社)の 名 称	大同〇〇株式会社 *部署・工場名等は不要	
対象者氏名	健保 花子	生 年 月 日	⑤ H・R 〇 年 〇 月 〇 日	続柄 妻
傷 病 名	右足捻挫	発病または 負傷の年月日	H ⑤ 〇 年 〇 月 〇 日	
発病または 負傷の原因	旅行先で駅の階段を踏み外したため *外傷性の場合は場所等の詳細を記入			
傷病の経過 (いずれかに○印)	治 癒 / 現在	今回申請する受診期間を記入		
診療又は 手当の期間	R 〇 年 〇 月 〇 日 R 年 月 日	1日間	診療又は手当 に要した費用	〇, 〇〇〇 円
診療を受けた 医療機関 等	名称	〇〇〇 医院		
	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇..... (〇〇〇) TEL 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
療養の給付を受けるこ とができなかった理由	旅行中で保険証を持っていなかったため			
上記の通り申請致します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 被保険者の住所 〇〇〇..... 氏名(自署)及び 印 健保 太郎(被保険者の署名) ⑤ 健保 大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿 TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇				

* 在職者のみ記入 上記金額の受領を 大同〇〇株式会社 に委任します(会社名を記入)

* 以下、退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)

金融機関および支店名	銀行・信用金庫		支店
1.普通 2.当座	口座番号		
フリガナ			
口座名義人			

所属事業所 確認印		

↑
社会保険担当部署の印

大同健保

【ご注意】添付書類や支給要件等を、事前に大同健保ホームページでご確認のうえ申請してください。