

【前保険者から返還請求を受けて支払った場合の記入例】

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・入・訪問・装具
--	--	--	--	--	--	-----------

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

納付証明書・明細書等の金額を記入

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 太郎	生 年 月 日	S H・R 〇 年 〇 月 〇 日	続柄	本人
傷 病 名	急性胃腸炎	発病または 負傷の年月日	H R 〇 年 〇 月 〇 日		
発病または 負傷の原因	不詳 * 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 〇 現在も通院(経過観察)中 / その他( )				
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	誤って前の保険証を使用し、前保険者から返還請求を受けて支払ったため				
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) (印) 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。