健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (立て替え払い用) 家族

下記のとおり申請します。

被	健康保険の 記号-番号	-		氏名		
	住所	〒 - () TEL ()				
	会社名					
保	家族に関する 申請のとき	家族 氏名	年 月 日生		続柄	
	傷病名					
険	発病又は負傷の 年月日(注3)	年 月 日		午前・午後		時頃
	発病又は負傷の 原因(具体的に) (注3)	第三者の行為によるものですか。(はい・いいえ)				
者	傷病の経過	※完治、通院を続けている、など				
	診療を受けた 医療機関又は調剤薬局	名称		所在地	TEL () -	
入	診療の内容					
	診療を受けた期間	令和 年 月 日 から		令和 年 月 日 まで (日間)		
欄	診療に要した 費用の額(支払額)	円		※医療機関窓口や旧保険者に 支払った額を記入ください		
	振込 希望 口座	金融機関名	本・支店名	口座番号	請求者名義 (カタカナ)	
		銀行 金庫 ()	本店 支店 ()	(普)		

※被保険者本人の名義に限ります

【注意事項】

1. この申請書には次の書類を必ず添付してください。
 - ① 領収書(原本)
以前加入していた保険者に支払った際の領収書、または医療機関の窓口で支払った領収書
 - ② 診療報酬明細書(レセプト)
※以前加入していた保険者や受診した医療機関から発行されます。
※傷病名の記載のない診療明細書等は診療報酬明細書(レセプト)ではありません。
2. この申請書は、月ごと、医療機関・調剤薬局ごとに作成してください。
3. 「発症又は負傷の年月日」「発症又は負傷の原因」について、
詳細が不明の場合は、不詳とご記入ください

支給 決定 欄	給付対象額	円	常務理事	担当	担当	
	支給決定額	円				

受 付 印

【申請先】

ダイレクトマーケティングミックス健康保険組合
〒530-0054 大阪市北区南森町二丁目1番29号 三井住友銀行南森町ビル5階
TEL (06)4397-3260

- 健康保険の記号番号に代えてマイナンバー(個人番号)により申請することも可能です。
その場合は、次の備考欄へマイナンバーを記載していただくとともに、個人番号確認、本人確認を
するための添付書類が必要です。

備考欄	
-----	--