

常務理事	事務長	担当者	担当者	支給決定額	百万	十万	万	千	百	拾	円
記入不要です											
診療期間	自	年									
区分	本人	家族	円× / 10 = 円								

健康保険 療養費支給申請書（立替払）

被保険者 記号番号	記号	1	番号	5	4	3	2	1	所属名	大阪支店営業部
被保険者（請求者）	〒 536 - 8536 TEL 06- 6666- 2323									
の住所・電話番号	大阪市城東区鳴野東1-2-1									
氏名	氏名 鳴野 太郎									
傷病名	急性胃腸炎				発病または 負傷の年月日		R7年 12月 24日 (負傷の場合は 時頃)			
発病または 負傷の原因	●●●●●●の為									
傷病の経過	急な腹痛と嘔吐があった為、受診。現在は良好。									
診療を受けた 医療機関	名称	霞が関クリニック			所在地	東京都千代田区霞が関				
診療に従事した医師	氏名	東京 次郎								
診療内容	外来診療、血液検査、点滴治療									
診療の期間	自 R7年 12月 24日 至 R7年 12月 24日				診療に要した 費用の額		1日間 20,000円			
療養の給付を受ける ことができなかった理由	旅先にて医療機関を受診し（マイナ保険証不携帯）自費で全額立替払いをした。									
第三者の行為によっ て負傷したとき	その事実の届出の有無 第三者の氏名と住所 (不明の時はその旨)				ある ・ <u>ない</u>					
申請者が被扶養者に 関するときはその者	氏名	鳴野 花子			生年月日	S・H・ <u>R</u> 3年 9月 1日生		被保険者 との続柄	子	
委任欄	この申請に基づく給付金の受領について、事業主経由にて私が受領することに同意するとともに、給付金情報をタカラスタンダード健康保険組合が事業主に提供することに同意します。（退職者は記入不要） R8年 1月 10日 被保険者氏名 鳴野 太郎 添付忘れないように！									

←タカラスタンダードにお勤めの方の氏名を記入（受診者ではない）

←経過なので「良好」や「治療中」等

←氏名は受診した家族名、続柄は「妻」や「子」等

←タカラスタンダードにお勤めの方の氏名を記入

＜添付書類＞

- 診療報酬明細書（レセプト）の原本
※受診した医療機関に作成を依頼してください。封を開けずに添付してください。
- 領収書の原本

※退職後の請求の場合は、銀行口座を記入してください。

振込を希望する 銀行名	銀行 信用金庫	支店	口座 番号						
※銀行口座確認のため通帳の写しを添付してください。									