

健康保険 被保険者  
家 族 療養費支給申請書  
【立替払・生血】

聖隷健康保険組合

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	記号	番号	生年月日			事業所 名称				
				昭和 平成	年	月	日(歳)				
	被保険者 (申請者) 氏名	(フリガナ)			被保険者 (申請者) 住所	(フリガナ)					
						〒 - TEL ( )					
	療養が被扶養者に関 するときは、その方の	氏 名			続 柄		生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日生 (歳)
	傷病名						発病または 負傷の日	年 月 日			
	発病または負傷の 原因および経過	「どこでどうなった?」「相手は?」など					診療を受けた 医療機関等	医療機関等 医 師 名			
	診療を受けた期間	年 月 日 から 年 月 日					日数	日			
	上記の期間に入院して いた場合は、その期間	年 月 日 から 年 月 日					日数	日			
	療養に要した費用の額	円									
療養費の支給申請の理由 (いずれかに○印)	1.加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため 2.資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため 3.他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため 4.その他( )								生血 (輸血回数)	回	
受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。										
	《被保険者・申請者》 住所 氏名					年 月 日	《受取代理人》 住所 氏名				
支 払 金 融 機 関 の 欄	※任意継続・退職者等は支払金融機関の欄を記入。										
	銀行 金庫			本店 支店		種 別	1: 普通	口 座 の 氏 名 義 人	(フリガナ)		
口座番号					2: 当座						
備 考 欄	記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、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。)									受付日付	
	※裏面の注意事項をよくご覧の上、提出してください。										
聖隷健康保険組合 2024年12月改訂											

※治療用装具の療養費申請書は別様式となりますので、ご注意ください。

※生血、移送費の申請をされる場合は事前に健保組合までお知らせください。

### 立替払の療養費申請に係る注意点

※この申請書は月単位で提出してください。(1ヶ月ごとに1枚の申請書が必要です。)

#### ◆前保険資格喪失後の治療に係る申請

前保険者に医療費を返還した後に当健康保険組合に申請するとその返還した額のうち、当健康保険組合が認めた金額を支給します。

＜必要書類＞

- ・前保険者に支払った医療費の領収書
- ・前保険者から発行されたレセプト(開封厳禁と表示された封筒に入っているもの)

#### ◆資格確認書等不携帯の治療に係る申請

＜必要書類＞

- ・医療機関及び調剤薬局で支払った医療費の領収書

(領収書を紛失した場合と診療内容が分からないレシート様式の場合には、別途発行されている「明細書」を添付のこと)

#### ◆被保険者が住民票非課税で、事前に申し出を行っていない場合

被保険者が住民税非課税の場合、月々の自己負担上限が下がるため、申請により医療費のみ、その差額を支給いたします。なお、入院時食事療養費は対象外となります。

＜必要書類＞

- ・医療機関で支払った入院医療費の領収書(明細が分かるもの)
- ・(住民税)課税・非課税証明書(まだ提出していない場合)

#### ◇療養費の支払について(共通)

##### A.在職者の場合

・事業所の総務担当者に申請書を提出してください。

- ・原則、療養費は給与払いで支給しますので、受取代理人の欄の《被保険者・申請者》欄をご記入ください。
- ・支払金融機関の欄には何も記入しないでください。  
(被保険者の個人口座が誤って記入されているケースがあります。)

##### B.資格喪失(退職)した場合

- ・療養費は個人口座に支払われますので、支払金融機関の欄に被保険者の口座をご記入ください。
- ・受取代理人の欄は記入しないでください。

#### ◇訂正が必要な時(共通)

- ・記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容とサインをご記入ください。

ご不明な点がございましたら、053-413-3323 聖隷健康保険組合までお問い合わせください。