

支給決議書	伺年月日		令和 年 月 日				常務理事	事務長	経理	扱者							
	支給年月日		令和 年 月 日														
	支給額		百万	拾万	万	千	百	拾	円								
	支給内訳	法定	款	項	目	百万	拾万	万	千	百	拾	円	資格	取得	年	月	日
付加		款	項	目	百万	拾万	万	千	百	拾	円	喪失		年	月	日	年

健康保険 被保険者
被扶養者

療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者(申請者)記入用

令和 年 月 日提出

(1/2)

被保険者(申請者)情報	健康保険証		事業所名称	業務の種類・内容 (退職後の申請の場合は退職前の業務)	
	記号	番号			
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	住所	〒 都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	()			

振込先指定口座	金融機関名称 <small>※金融機関種別に○で囲んでください</small>	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関 記号	
	支店名称 <small>※支店種別を○で囲んでください</small>	支店 出張所	店番	
	預金種別	普通預金	口座番号	
	口座名義(カナ)			

被保険者(申請者)・事業主記入用に続きます

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

被保険者氏名	
--------	--

申請内容	1、受診者	1 被保険者		2 家族(被扶養者)	
	1-① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	2、傷病名	3、発病または負傷年月日		令和	年 月 日
	4、発病の原因及び経過(詳しく)	1、病気 2、ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください			
	5、診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師の氏名	
		名称	所在地	診療した医師の氏名	
	6、診療を受けた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日迄	日数	日	
6-① 上記の期間に入院していた場合はその期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日迄	日数	日		
7、療養に要した費用の額					
8、診療の内容					
9、療養費支給申請の理由	1、入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2、緊急で、やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3、誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 4、その他 (理由) []				

受付日付印

！) 必ず片面印刷で作成してください。両面印刷で作成された書類は受理できませんのでご注意ください。

支給決定書	同年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	経理	担当者
	支給年月日	令和 年 月 日				
	支給額	万円 千円 百円 十円 円	取得	年月日	扶養認定日	
	法定	円	喪失	年月日	年月日	
支給内訳	付加	円				

健康保険 ① 被保険者 被扶養者 療養費 支給申請書(立替払等) 被保険者(申請者)記入用

令和 〇 年 〇 月 〇 日提出 (1/2)

記号	番号	② 23	4567	③ (株)学研□□	業務の種類・内容 退職後の申請 の場合は退職前 の業務)	事務職
氏名	学研 太郎	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日	令和 〇 年 〇 月 〇 日		
住所	〒 123-4567	〇〇 都 道	〇〇 府 県	△△区〇〇1-2-3-1123		
電話番号 (日中の連絡先)	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	090-1234-5678				

金融機関名称	〇〇△△	銀行	金融機関 記号	123
支店名称	〇〇〇	信用金庫 信用組合	支店	店番
預金種別	普通預金	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
口座名義(カナ)	学研 太郎 (ガクケン タロウ)			

被保険者(申請者)・事業主記入用に続きます

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

R4.1更新 学研健康保険組合

① 被保険者:本人
被扶養者:家族 } いずれか申請対象を ○で囲んでください

② 保険証に記載されている記号・番号を記入してください



③ 被保険者が所属する会社名を記入してください
(出向中の方は原籍を記入してください)

④ 被保険者氏名・生年月日を記入してください
* 被保険者が亡くなられてご遺族の方が申請される場合は、被保険者名の横に、申請される方(法定相続人)の氏名を かつこ書きで記入してください。
生年月日欄は、被保険者の生年月日を記入してください。
また、法定相続人が申請される場合は、別途書類が必要です。
詳しくはお問い合わせください。

⑤ 申請者名義の口座を記入してください
ゆうちょ銀行を希望する場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢字3文字)と口座番号を記入してください。

！) 記入内容の訂正箇所には必ず訂正印を押してください。

【記入例 2】

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費 支給申請書(立替払等) 被保険者(申請者)・事業主記入用

被保険者氏名 健保 太郎 (2/2)

申請内容	1. 受診者	1 被保険者	2 家族(被扶養者)
	1-① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日
	昭和 平成 令和	年	月 日
	2. 傷病名	⑥ 急性気管支炎	3. 発病または負傷年月日 令和 ○年 ○月 ○日
	4. 発病の原因及び経過(詳しく)	①. 病氣 悪寒 発熱のため救急外来を受診 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください	
5. 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師の氏名
	〇〇病院	品川区△△□□	□□□医師
6. 診療を受けた期間	令和 ○年 ○月 ○日 ~ 令和 ○年 ○月 ○日迄	日数	○日
	⑦		
6-① 上記の期間に入院していた場合はその期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日迄	日数	日
7. 療養に要した費用の額	⑧ ¥〇〇,〇〇〇		
8. 診療の内容	吸入、点滴		
9. 療養費支給申請の理由	①. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急で、やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 他の保険者の被保険者証を誤って使用したため 4. その他 (理由) []		

受付日付印

R4.1更新 学研健康保険組合

* 受診者が複数いる場合は、それぞれに申請書が必要です

⑥ ケガによる申請の場合は、負傷原因届が必要です。交通事故の場合は、別途書類が必要となります。詳しくはご相談ください。

⑦ 自費で診療を受けた期間および日数をご記入ください。

⑧ 領収書の金額を記入してください。

* 支給条件について

やむを得ず保険証を提示できず自費で受診したなど、下記に該当する場合で、当組合がやむを得ないと認めるときに療養費の支給を行います

- 1) 保険証の交付を受けるまでの間に傷病にかかり、被保険者資格があることを証明できないため、自費で診療を受けたとき
- 2) 近くに保健医療機関がなく、緊急を要するためやむを得ず健康保が利用できない医療機関で診療を受けたとき
- 3) 当組合の加入期間に、資格がなくなった他の保険者(国保など)の保険証を使用して診療を受け、医療費の返還を行ったとき