

款	支給額
項	
目	円

常務理事	事務長	主任	事務	担当者

アンリツ健康保険組合御中 被保険者 家族 療養費 支給申請書 令和 年 月 日

被保険者証	記号	番号	氏名
住所	TEL		
以下により請求します。ただし、保険給付金の在職中受領を下記事業主に委任します。			
被扶養者が受診したときは、その者の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日 続柄
傷病名	発病又は負傷年月日		平・令 年 月 日
発病または負傷の原因	負傷の場合発生場所		
傷病の経過			
診療を受けた医療機関	名称	医師名	
	所在地		
給付種類	療養の給付を受けることができなかった理由	添付書類	①領収書 ②傷病名記載の診療報酬明細書
	立替払い等	入院・通院の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	診療等に要した費用 円
		診療を受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの 日間
	治療用装具	装着(購入)年月日	令和 年 月 日 添付書類 ①領収書(明細付) ②医師の証明書
	入院・通院の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	装具に要した費用	円
	診療を受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの 日間	
傷病が第三者行為によるものか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	その事実の届出の有無 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
退職者記入	退職後(退職予定者)の請求の場合は、本人名義の振込口座をご記入下さい。 ※ゆうちょ銀行は不可		
	金融機関名	支店名	種類 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号		フリガナ 口座名義
被保険者証の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)			備考欄

事業主証明欄	この請求が正しいことを証明します。		
	委任を受けた保険給付は当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ支給します。		
	令和 年 月 日		
	事業所名 事業主(代理人)名		

健保組合記入欄	資格取得日	昭・平・令 年 月 日	報酬月額	円	支払金額	円
	資格喪失日	令和 年 月 日	本人負担額	円	支給額(70% 80%)	円
	種別	<input type="checkbox"/> 立替払い等 <input type="checkbox"/> 装具装着 <input type="checkbox"/> その他( )			付加金(上位 一般)	円
	支給期間	令和 年 月 日から	区分	<input type="checkbox"/> 被保険者	高額療養費	円
		令和 年 月 日まで 日間		<input type="checkbox"/> 家族(入学後) <input type="checkbox"/> 家族(入学前)	合計金額	円
備考					受付NO	
					受付年月日	