

療養費支給申請書【立替払用】

Claim Form for Coverage of Medical Expenses

【For reimbursement of medical expenses】

		提出 Submitted	2021	年 (Y)	2	月 (M)	14	日 (D)			
被保険者 The insured person	被保険者証 Insurance card	記号 Code 1	番号 Number 123456	社員番号 Employee ID Number		123456789					
	氏名 Name	健保 太郎			生年月日 Date of birth	1991	年 (Y)	12	月 (M)	31	日 (D)
	住所 Address	〒 999 - 9999 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション101号室									
	電話 Phone	(日中連絡先 Daytime contacts) 999-9999-9999									
	メール E-mail	abcd @ xyz.co.jp									

申請内容 Application details	受診者 Examiner	氏名 Name	健保 桜		<input type="checkbox"/> 被保険者 本人 Insured <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 家族 Dependents												
	傷病名 Injury and illness name	右ひざ靭帯損傷			受診者の生年月日 Date of birth of the examinee	2006	年 (Y)	3	月 (M)	3	日 (D)						
	発病の原因 Cause of onset				病状の経過 Course of medical condition												
	自宅前道路の雪かきをしていて滑って転んだ				安静にして改善している												
	医療機関名称 The name of the medical institution you visited				医療機関の所在地 Address of medical institution												
	〇〇〇整形外科クリニック				東京都〇〇区〇〇町5-10												
	受診期間 Period of consultation	2	日間 Days	から From	2021	年 (Y)	1	月 (M)	3	日 (D)	2021	年 (Y)	1	月 (M)	20	日 (D)	
	上の期間中の入院期間 Hospitalization period during the above period		日間 Days	から From		年 (Y)		月 (M)		日 (D)	まで To		年 (Y)		月 (M)		日 (D)
	療養に要した費用 Cost of treatment	25,630	円 JPY	診療の内容 Content of treatment	添付の診療報酬明細書参照												
	支給申請の理由 Reason for application (該当に○/circle the applicable person)	<input type="checkbox"/> 1. 受診者の被保険者証が届いていないため The health insurance card of the examinee has not arrived yet <input type="checkbox"/> 2. 被保険者証を持たずに受診した <input type="checkbox"/> 3. 以前の被保険者証を使用した <input type="checkbox"/> 4. その他 Other (何も知らず)															
第三者の行為による負傷か Is this the result of actions by a third party?	<input checked="" type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> いいえ No																

「はい」の場合、「第三者の行為による傷害事故届」など追加の書類が必要となります。健康保険組合へ連絡してください。
If "Yes", additional documents such as "Notification of disability accident due to third party act" are required. Please contact the

※受領委任する場合は、委任状に記入してください。 * If you are appointing a recipient, please fill out the proxy.

委任状 Proxy	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 I entrust the person below to receive the benefits based on this claim.		年 (Y)	月 (M)	日 (D)
	被保険者 (申請者) Insured person(claimant)	氏名 Name			
	代理人 (実際に給付を受領する者) Representative (The person who will actually receive the benefits)	氏名 Name			

普通預金 (普通預金)をご利用いただきありがとうございます。

お名前
ケンホタロウ サマ

店番号 日 座 番 号 (普通預金口座のみ)
Main b 普通 999 9999999
支店 branch 普通

振込口座の情報を正確に記入して下さい
口座番号、口座名義人は特に注意してください
Please fill in the transfer account information accurately
Pay particular attention to the account number and account

口座番号 Account number	口座名義人 Account holder	Katakana
------------------------	-------------------------	----------

添付書類 Documents for Attachment

- ①領収書 (原本) Receipt(original)
- ②診療報酬明細書 (レセプト) (原本) Medical cost and treatment details(original) *Known as "Reseputo" in Japanese clinics