

【医療費を立て替え払いした場合の記入例】

支給決定伺						*ケンボ記入欄	
支給金額	円	支給期間	H・R . . . 日 H・R . . .	取得	S・H・R . . .		
内訳 : 療養費 円 / 高額療養費 円 / 付加給付金 円 / 食事療養費等 円				喪失	S・H・R . . .		
経伺	常務理事	事務長	課長	担当者	備考 本・家・六・高7・高一 外・入・訪問・装具		

被保険者 療養費支給申請書 [ 除く 業務上または通勤途上災害による傷病 ]

被保険者証の記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇	事業所(会社)の名称	大同〇〇株式会社		
対象者氏名	健保 花子	生年月日	S H・R 〇年〇月〇日	続柄	妻
傷病名	右足首捻挫	発病または負傷の年月日	H R 〇年 〇月 〇日		
発病または負傷の原因	旅行先で階段を踏み外したため				
傷病の経過(いずれかに〇印)	治癒 / 現在も通院(経過観察)中 / その他( )				
診療又は手当の期間	H R 〇年 〇月 〇日 H・R 年 月 日 1日間	診療又は手当に要した費用	〇,〇〇〇 円		
診療を受けた医療機関等	名称	〇〇〇 医院			
	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇..... TEL 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
療養の給付を受けることができなかった理由	旅行中で保険証を持っていなかったため				
上記の通り申請致します。 令和 〇年 〇月 〇日 被保険者の住所 〇〇〇..... 氏名(自署)及び印 健保 太郎 (印) 健保 大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿 TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇					

あてはまるものに〇印  
必ず該当する方のいずれかに記入

会社名のみを記入  
領収証の金額を記入

*在職者のみ記入	上記金額の受領を 大同〇〇株式会社 に委任します(会社名を記入)
*以下、退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)	
金融機関および支店名	銀行・信用金庫 支店
1.普通 2.当座	口座番号
フリガナ	
口座名義人	

所属事業所 確認印

↑  
社会保険担当部署の印

【ご注意】添付書類や支給要件等を、事前に大同健保ホームページでご確認のうえ申請してください。