

【前保険者から返還請求を受けて支払った場合の記入例】

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  
家族

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 太郎	生 年 月 日	S H・R 〇 年 〇 月 〇 日	続柄 本人
傷 病 名	風邪	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	不詳			
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	誤って前の保険証を使用し、前保険者から返還請求を受けて支払ったため			
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				
*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)			

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

納付証明書・明細書等の金額を記入

\*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

大同健保

【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。