

立替払い

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書(1/2)

書類の提出先 在職者:雇用されている会社の担当者宛
 (提出時点) 退職者:当健保立替払い担当宛(任継/特退含む)

被保険者(申請者)記入欄

事業主(会社)記入欄

※被保険者記入欄は漏れなくご記入をお願いします。

訂正の場合は、②氏名・押印欄にて使用した印鑑を訂正印としてお使いください。

被 保 険 者 記 入 欄	① 記号・番号(左づめ) また は マイ ナ ン バ ー	記 号	番 号	マイナンバーを記入する場合、本人確認書類の添付必須(例:免許証、パスポート等顔写真あり)。				
	② 氏名・押印 同 意 書	(フリガナ)	令和 年 月 日	③ 生 年 月 日	1. 昭和	年	月	日
	② ※右記を必ず確認の上、必要事項を漏れなくご記入ください。	KDDI健康保険組合 理事長 殿 私は、健康保険法に基づく保険給付請求等に関し、私にかかる診療報酬明細書及び関係書類についてKDDI健康保険組合が、該当機関に照会及び送付することに異議なく、本書をもって同意します。						
	④ 現 住 所	〒 -						
	⑤ 電 話 番 号 (日中の連絡先)	TEL	-	-				
◆在職者⇒⑦を署名捺印してください(⑥不要) ◆退職者⇒⑥をご記入ください(⑦不要) ◆退職予定者⇒⑥記入、⑦署名捺印ください								
※ 退 職 者 必 須	⑥ 口 座 情 報	銀行名	本店	預金種別	口座名義(カナ)			
	信用金庫	支店	当座・別段預金	口座番号(ゆうちょ銀行は通帳をご確認ください)				
銀行別、本店別、預金種別は、□のいずれかに✓を入れてください。								
※ 在 職 者 必 須	⑦ 委 任 状 (被 保 険 者)	本請求に基づく給付金に関する受領を下記⑧の代理人に委任します。			令和 年 月 日	住所・氏名・押印		
	⑦ 委 任 状 (被 保 険 者)	住所・氏名・押印			※現住所④と同じ場合は右の四角に✓を入れてください。		現住所と同じ	
※退職を予定している場合には⑥のご記入と、⑦の署名捺印をお願いします。								
事 業 主 記 入 欄	⑧ 委 任 状 代理人記入欄1	〒	-	TEL	-	-	1 給与払い 2 個人払い	
	⑧ 委 任 状 代理人記入欄2 (事業主)	住所			事業所名		⑨ 代理人 記入欄2 (事業主)	

◆注意事項

- 被保険者は、①～⑦のうち必要な箇所を全てご記入ください。
- 在職者は、**事業主経由で給付金が支給されます。**
その為、事業主を代理人とする⑦の委任状への署名・捺印が必要となります。
- 療養費支給申請書は、月ごと/人ごと/医療機関ごと/外来・入院ごとに分けてご記入ください。
ただし、医療機関から処方された調剤薬局につきましては、医療機関と合わせて1枚にまとめて頂いて構いません。
- 退職者(予定含む)が療養費支給申請書を申請する際は、必ず**通帳**または**キャッシュカードのコピー**を添付してください。
任意継続/特例退職被保険者は原則ゆうちょ銀行口座にお振り込み致します。
- 払い戻しの請求は、医師または医療機関等に診療の支払いをした日の翌日から数えて**2年**を経過すると時効となります。

受付日

被保険者氏名

訂正の場合は、②氏名・押印欄にて使用した印鑑を訂正印としてお使いください。

被 保 険 者 記 入 欄	⑩ 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	⑩-1 家族の場合 はその方の 氏名	⑪ 生年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	⑫ 傷病名	⑬ 発病または 負傷年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	⑭ 発病の 原因 および 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。 (原因および経過)		
	⑮ 診療を受けた 医療機関	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	⑮ および 調剤薬局	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	⑯ 診療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 2. 令和 年 月 日から <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 2. 令和 年 月 日まで <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	診療期間 <input type="text"/> 日
	⑯-1 上記の期間 に入院して いた場合は その期間	<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 2. 令和 年 月 日から <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 2. 令和 年 月 日まで <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	入院期間 <input type="text"/> 日
	⑰ 療養に要した 費用の額	<input type="text"/> 円		
	⑱ 診療の内容	<input type="checkbox"/> 療養費の支給申請の理由 1. 被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、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 ()		

◆ ⑱の理由に応じて本申請書の他に以下書類をご準備ください。

1.2.立替払い(例:保険証不携帯)

- 領収証**原本**
 医療費明細**原本**
 通帳またはキャッシュカードコピー ※1
 本人確認資料 ※2

※1. 当健保資格喪失者の方のみ対象
 ※2. マイナンバーを記載した方のみ対象

3.4.立替払い(例:他保険証による受診)

- 他健保より発行された領収証**原本**
 診療報酬明細書(開封厳禁)
 通帳またはキャッシュカードコピー ※1
 本人確認資料 ※2