

# 健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (立て替え払い用)

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険被保険者 記号-番号	-	氏名			
	住所	〒 - TEL ( )				
	所属部署	TEL ( )				
	家族に関する 申請のとき	家族 氏名	年 月 日生			続柄
	傷病名					
	発病又は負傷の 年月日	令和 年 月 日 午前・午後 時頃				
	発病又は負傷の 原因(具体的に)	第三者の行為によるものですか。(はい・いいえ)				
	傷病の経過					
	診療を受けた 医療機関又は調剤薬局	名称			所在地	TEL ( ) -
	診療の内容					
	診療を受けた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで ( 日間)				
	診療に要した 費用の額	円				
	保険証を使うことが できなかった理由					
	振込先 口座※	金融機関名	本・支店名		口座番号(7桁)	
銀行 金庫 ( )		本店 支店 ( )		(普)		
※振込先口座については、原則給与口座を指定ください。 給与とは別の口座を指定される場合は、振込先がわかる通帳等の写しを併せてご提出ください。 なお口座は被保険者名義のものを指定ください。						

**【添付書類】**

- ① 領収書(原本)
- ② ・医療機関を受診した場合…傷病名の記載がある医療機関発行の診療明細書  
 ・調剤薬局を受診した場合…調剤薬局発行の調剤明細書

**【注意事項】**裏面をご確認ください。

<健保使用欄>

受 付 印

支 給 決 定 欄	領収書発行日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当	担当
	給付対象額	円				
	支給決定額	円				

**【申請書について】**

この申請書は、対象者ごと、月ごと、医療機関・調剤薬局ごとに作成してください。

**【支給証明が必要な方へ】**

支給決定通知書は、支払日の前営業日に申請書記載住所へ送付します。

**【領収書原本について】** ※支給決定後にお返しすることはできません※

返却希望の場合は、その旨を申請書余白部分に赤字で記載いただき、領収書のコピーを取り、原本と併せて一度健康保険へご提出ください。こちらで原本確認後返却いたします。

**【問合わせ先】**

ネクステージグループ健康保険組合  
〒461-0005 愛知県名古屋市東区東桜1-10-35 セントラル野田ビル702  
TEL (052)951-4907

- 健康保険の記号番号に代えてマイナンバー（個人番号）により申請することも可能です。その場合は、次の備考欄へマイナンバーを記載していただくとともに、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	
-----	--