



# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名		3 発病または負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	4 発症の原因及び経過(詳しく)	(原因および経過)		
	5 申請傷病名について	5-① 業務上の傷病・通勤災害によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 5-② 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	6 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	7 診療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和           年 月 日 から 年 月 日 まで	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和           年 月 日 から 年 月 日 まで	日数 日
	7 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和           年 月 日 から 年 月 日 まで	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和           年 月 日 から 年 月 日 まで	日数 日
	8 療養に要した費用の額	_____ 円		
9 診療の内容				
10 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 1. 入社して間もなく、医療機関等に当健保の健康保険の資格を証明できなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、医療機関等に当健保の健康保険の資格を証明できなかったため 3. 誤って、他健保の健康保険の資格にて受診してしまったため 4. その他 (理由) _____			

《申請条件》

- (1) 医療機関等で当健保の健康保険の資格が確認できず自費(10割負担)で診療を受けたとき
- (2) 山間、へき地等で近くに保険医療機関がないとき、また、天災地変のため保険医療機関が利用できないとき

《申請不可》

- (1) 業務上の傷病や通勤途上での災害(会社の労災保険で申請)の場合
- (2) 交通事故やケンカ等で加害者がいる場合

《注意事項 : 権限・権利の代位取得、時効 》

- (1) 豊田合成健康保険組合は、必要事項応じて文書の提出を求めることができる
- (2) 負傷の原因が第三者によるものであるときには、別に「第三者行為による傷病届」の提出が必要です
- (3) 豊田合成健康保険組合は、第三者行為による事故の保険給付をしたときはその給付額の限度において損害賠償の権利を取得する。また、損害賠償を受けた者には保険給付はしない(免責)
- (4) 請求権の時効は、費用を支払った日の翌日から起算して2年です

《添付書類 : 全て原本を添付 》

- (1) 診療報酬明細書(レセプト)
- (2) 領収明細書