

被保険者(本人)  
 被扶養者(家族)

# 療養費支給申請書(保険証の不携帯、誤使用等)

受付印

ジェイテクト健康保険組合 理事長 殿

本件で取得された個人情報については、貴健保組合の個人情報保護方針に基づき利用されることに同意の上、申請いたします。

|         |   |  |                             |              |  |                            |                            |                   |        |                             |                              |                             |                              |    |
|---------|---|--|-----------------------------|--------------|--|----------------------------|----------------------------|-------------------|--------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|----|
| 被保険者記入欄 | 健康保険記号・番号   | —  |                             | 被保険者氏名       |  |                            |                            |                   |        |                             |                              |                             |                              |    |
|         | 事業所   | 名称   |                             |              | 所属   | (工場・支社)                    |                            | (部署名)             |        |                             |                              |                             |                              |    |
|         | 受診者氏名   |  |                             |              | 受診者の生年月日   | <input type="checkbox"/> 昭 | <input type="checkbox"/> 令 |                   |        |                             |                              | 年齢                          |                              | 続柄 |
|         | 療養の給付を受けたことができなかった理由  | <p><input type="checkbox"/> 1. 保険証不携帯 もしくは 手続き中による受診<br/><input type="checkbox"/> 2. 返還請求 ( ジェイテクト健保組合以外の保険証を誤って使用し、後日他健保組合から請求を受け支払った )<br/><input type="checkbox"/> 3. その他 ( )</p> |                             |              |  |                            |                            |                   |        |                             |                              |                             |                              |    |
|         | 診療または手当の期間  | <input type="checkbox"/> 入院  | (自) 令和 年 月 日                |              |  | 診療実日数                      |                            |                   | 支払った金額 |                             | 円                            |                             |                              |    |
|         | 第三者行為による傷病ですか<br>(交通事故等)  | <input type="checkbox"/> はい  | →「はい」の場合は「第三者行為に関する書式」一式を提出 |              |  |                            |                            | 業務上、または通勤途上の傷病ですか |        | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |                             |                              |    |
|         | 上記のとおり請求し、給付金の受領を下記事業主へ委任します。<br>また、ジェイテクト健康保険組合が医療機関に対して、療養等の内容照会を行うことまたは、当該医療機関が内容照会の回答をすることに同意します。 | 令和 年 月 日   |                             | 資格喪失(予定)者記入欄 | ◆ 資格喪失後の請求の場合は被保険者(請求者)に送金するため、<br>被保険者(請求者)名義の振込銀行口座を必ず記入してください。                          |                            |                            |                   |        |                             |                              |                             |                              |    |
|         | 住所  | 〒 —  |                             |              | ※ 被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、<br>被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要。<br>(死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要) |                            |                            |                   |        |                             |                              |                             |                              |    |
|         | 被保険者氏名(請求者氏名)   | (金融機関コード)  |                             |              |  |                            |                            |                   |        |                             |                              | (店番コード)                     |                              |    |
|         | 電話番号  | (フリガナ)   |                             |              |  |                            |                            |                   |        |                             |                              | (フリガナ)                      |                              |    |
| ( )     | <input type="checkbox"/> 銀行<br><input type="checkbox"/> 信用金庫<br><input type="checkbox"/> ( )          |  |                             |              |  |                            |                            |                   |        |                             | <input type="checkbox"/> 本店  | <input type="checkbox"/> 支店 | <input type="checkbox"/> 出張所 |    |
| 印       | 普通  |  |                             |              |  |                            |                            |                   |        |                             | 口座番号(7桁)                     |                             | フリガナ                         |    |
| 印       |   |  |                             |              |  |                            |                            |                   |        |                             | 名義                           |                             | ※請求者名義の口座に限る                 |    |

|        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業主証明欄 | この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている方法で受け取ります。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 令和 年 月 日  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 事業所所在地  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 事業所名称   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 事業主氏名   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【添付必要書類(要原本)】 以下申請者は、添付必要書類を確認の上申請してください。

|   |   |
|---|---|
| 保険証不携帯もしくは手続き中による受診の場合                              | 返還請求(他健保組合の保険証誤使用による受診)の場合                    |
| <input type="checkbox"/> 医療機関発行の診療明細書または診療(調剤)報酬明細書 | <input type="checkbox"/> 他健保組合発行の診療(調剤)報酬明細書※ |
| <input type="checkbox"/> 領収書                        | <input type="checkbox"/> 他健保組合発行の領収書          |
| ※原本を提出できない場合、原本写しに原本に相違ない旨の証明が必要。                   |   |
| 2025.12   |   |