

記入例(他の健康保険から医療費の請求を受け、返還を行ったとき)

K-001 P (P)

日立健康保険組合 御中 1

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費請求書(立替払い・治療用器具等)

※本枠内をご記入ください。(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

2	提出日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	備考	
3	被保険者等 記号・番号	記号 1 0 0 0	番号 1 0 0 0 0 0 0 0	被保険者名 (フリガナ) ケンボ マサミ 健保 正美
	事業所 (会社)名称	株式会社〇〇〇〇〇		従業員番号 〇〇課 (TEL: 000-000-0000)
4	対象者氏名	健保 薫	生年月日	昭和 平成 令和 6 0 0 1 0 1 被保険者 との続柄 配偶者
	傷病名	急性胃炎	発病または 負傷した日	平成(令和)〇〇年 8月 1日 (頃)
5	傷病または 負傷の原因	不明	診療または 器具等の内容 (いづれかに)	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・投薬 <input type="checkbox"/> 治療用器具等の装着
	受診した 医療機関 薬局等	住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1	名称 〇〇〇〇病院	(医師または薬剤師氏名) 〇〇 〇〇
6	診療を 受けた期間	令和〇〇年 8月 1日 から 令和〇〇年 8月 1日 まで	1日間	入院期 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
	診療または 器具等に 要した費用	20,000 円	治療用器具 等 領収日	令和 年 月 日
7	傷病の経過 (いづれかに)	<input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	療養の給付を 受けることが できなかった 理由 (いづれかに)	<input type="checkbox"/> 加入手続きのため <input type="checkbox"/> マイナ保険証等を携帯していないときに急病でやむを得ず医療機関にかかったため <input type="checkbox"/> 治療に必要な器具等の作成業者が医療機関でなく保険給付が受けられなかったため <input checked="" type="checkbox"/> その他 (他の健康保険から医療費の請求を受け、返還を行ったため)		
8	第三者の行為によって 負傷したものであるか、 ないかの別	有 ・ 無		
	給付金の振込みについて	【従業員】事業所経由を選択している事業所の方:委任状に基づき事業所へ振込みます ⇒ 委任状欄にご署名ください 個人払いを選択している事業所の方:健保組合に届出されている口座へ振込みます 【任意継続者・特例退職者】健保組合に届出されている口座へ振込みます		
9	委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業所に委任します		
	令和 〇〇年 8月 20日	被保険者氏名: 健保 正美		

留意事項

- 支給日および支給方法
 - 毎月20日迄に健保組合に到着した分は、翌月15日に支給いたします。(休日の場合は前倒し)
 - 但し、申請内容によっては審査に時間を要し、支給が翌々月以降になることがあります。(事業所により、締切日が別途設定されている場合があります)
 - 支給方法は、「①健保組合から直接個人宛に支給」「②事業所から給与にて支給」があります。詳細は、事業所の健康保険担当の方にご確認ください。
- 決定額通知について
 - 支給金額は、「医療費通知書 兼 現金給付決定通知書」でご確認いただけます。
 - 「医療費通知書 兼 現金給付決定通知書」は、日立健保ホームページの「MY HEALTH WEB」に掲載しています。

次のような場合に、この申請書をご使用ください。

他の健康保険から医療費の請求を受け、返還を行ったとき

◆記入要領 (記入例の番号と照合してください)

- 「被保険者」または「被扶養者」の該当する方にチェック(✓)をつけてください。
- 事業所(会社)に提出する日(任継・特退の方は健保組合へ提出する日)を記入してください。
- 「診療・投薬」にチェック(✓)をつけてください。
- 受診した医療機関等の住所、名称、医師または薬剤師氏名を記入してください。(医療機関等の名称、医師または薬剤師氏名が不明のときは記入不要)
- 診療を受けた期間を記入してください。日数は受診した日数を記入してください。(期間、日数が不明のときは記入不要)
- 入院した場合は、入院期間を記入してください。(期間が不明のときは記入不要)
- 国民健康保険、他の健保組合等から受け取った領収書等の金額を記入してください。
- 該当する項目にチェック(✓)をつけてください。(その他の場合は具体的に記入)
- 「その他」にチェック(✓)をつけ、理由を記入してください。
- 交通事故等、第三者の行為によりけがをした場合には「有」を選択してください。この場合、速やかに健保組合へその旨連絡してください。
- 給付金を給与に含めて支給される事業所(会社)の方は、記入してください。委任状作成の有無は、事業所(会社)の健保担当者に確認してください。

* 記入内容を訂正する場合には、訂正箇所にも二重線を引き、正しい内容と被保険者氏名をご記入ください。

◆添付書類

- 国民健康保険、他の健保組合等から受け取った領収書(原本)または、領収印のある払込票(原本)
- 診療報酬明細書(医療費を返還した保険者から交付されたもの)
診療報酬明細書が入った封筒は、**開封せずに封筒ごと添付してください。**

◆送付先

- 紛失防止の観点から、簡易書留等で送付することをお勧めいたします。
- 一般被保険者(従業員)の方 ⇒ 事業所(会社)の健保担当者宛に送付してください。
 - 任継、特退被保険者の方 ⇒ 下記宛に送付してください。
〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町二丁目29番地
東お茶の水ビル
日立健康保険組合 業務(給付) 宛

◆提出期限

医療機関等へ費用を支払った日から2年以内に請求してください。(健保組合必着)