

☐ 被保険者
☐ 家族

療養費支給申請書(立替払)

添付書類が必要な申請です。必ず記入見本<添付書類>を確認ください

トランス・コスモス健康保険組合

被 保 険 者 記 入 欄	① 被 保 険 者 記 号 番 号	記 号		番 号		② 会 社 の 名 称		
	フリガナ					④ 生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
	③ 被 保 険 者 の 氏 名							
	⑤ 被 保 険 者 の 住 所	(〒 -) 都・道 府・県						
	⑥ 連 絡 先 電 話 番 号	() もしくは ()						
	⑦ 療 養 を 受 け た 方 の 氏 名					⑧ 傷 病 名		
	⑨-1 傷 病 の 原 因 ※ケガの場合は負傷理由報告 書を併せてご提出ください					⑩ 発 症 また は 負 傷 の 年 月 日	令 和 年 月 日	
	⑨-2 傷 病 の 背 景 ※該当に○をつけてください	1. 工作中以外(業務外)での傷病 2. 工作中(業務上)での傷病 3. 通勤途中での傷病 } →				⑨-3 労働災害、 通勤災害の認定 を受けていますか	1. はい 2. 請求中 3. 未請求 ※該当に○をつけてください	
	⑨-4 傷病の原因は第三者 行為(交通事故やケンカ等) によるものですか。 ※該当に○をつけてください	1. はい → 別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。 2. いいえ						
	⑪ 診 療 を 受 け た 医 療 機 関 等 の	名 称						
		所 在 地						
		医 師 名						
	⑫ 診 療 を 受 け た 期 間	令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 ま で 日 間						
⑬ 診 療 又 は 手 当 の 内 容								
⑭ 診 療 又 は 手 当 に 要 し た 額							円	
⑮ 療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が 出 来 な か っ た 具 体 的 理 由 ※該当に○をつけてください	1. マイナ保険証が使用できず、医療費を全額自己負担したため 2. 他の保険者の資格で医療機関等を受診し、医療費を返還したため 3. その他()							
⑯ 振 込 先 銀 行 口 座			銀行・金庫 信組・農協				支店・出張所 本店・営業部	
	(銀行コード)				(支店番号)			
	口 座 番 号						口座名義は健康保険組合に登録されている 被保険者名義と同一のものと限ります。 氏名変更されたときはご連絡ください。	
口 座 名 義(カナ)								
普通預金口座を ご指定ください								

※本申請には、必ず領収書(原本)、診療(調剤)報酬明細書(レセプト写し)を添付してください。
診療(調剤)報酬明細書は見本を参照ください。

- ※申請される内容が複数の場合は、1件につき1枚の申請書の提出が必要となります。
- ◆同月であっても、医療機関(病院・薬局)が異なれば、医療機関毎(病院・薬局毎)各1枚必要となります。
 - ◆同月・同医療機関(同調剤薬局)であれば1枚に記入できます。
 - ◆同医療機関(同調剤薬局)であっても、診療月が異なれば、月別各1枚必要となります。

受付印

健 保 記 入 欄	備考				
	提出				
	日付				
	決裁書番号	G-	/	/	/

2025.01