

療養費支給申請書（立替払等）提出前にもう一度確認！！

医療機関等で自費（10割負担）診療だった場合の提出書類

- ① 療養費支給申請書（立替払等）
- ② 医療機関等の窓口で支払った自費（10割負担）分の領収書の原本
- ③ 診療（調剤）報酬明細書（レセプト）の写し

⇒医療機関等の窓口で受け取ってください。開封厳禁の封筒に入っています。

開封せずマーキュリー健康保険組合に提出してください。

- ④ 振込先指定銀行口座の写し（銀行名・支店名・預金種別・口座番号・名義がわかるページ）

↓↓これらの書類は提出しないでください！！

~~医療費明細書~~

~~マイナンバーカードの写し~~

~~免許証の写し~~

ご家族加入の健康保険組合の被扶養者でなくなった後、ご家族（マーキュリー健保前）の健康保険を利用し、ご家族加入の健康保険組合から医療費の返還を求められた場合の提出書類

すぐにご家族加入の健康保険組合に医療費（健康保険組合負担分7割）を返還納付してください

- ① 療養費支給申請書（立替払等）
- ② ご家族加入の健康保険組合発行の7割負担分の領収書の原本
※コンビニで支払った場合は払込受領証の原本
- ③ 診療（調剤）報酬明細書（レセプト）の写し
⇒ご家族加入の健康保険組合に医療費を返還納付すると、ご家族加入の健康保険組合からご自宅に開封厳禁の封筒が送られてきます。開封せずマーキュリー健康保険組合に提出してください。
全国健康保険協会等一部の健康保険組合は、発行に申込が必要です。詳細はご家族加入の健康保険組合にお問合せください。
- ④ 振込先指定銀行口座の写し（銀行名・支店名・預金種別・口座番号・名義がわかるページ）

↓↓これらの書類は提出しないでください！！

~~ご家族加入の健康保険組合発行の「立て替えた療養の給付の不支給について（通知）」~~

~~マイナンバーカードの写し 免許証の写し 医療費明細書~~

~~ご家族加入の健康保険組合の健康保険を利用した際の医療機関発行の領収証（3割負担分）~~

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

振込先指定銀行口座の通帳若しくはキャッシュカードの写しを必ず添付して下さい。

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者(右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	
	氏名・印	(フリガナ)	印				自署の場合は押印を省略できます。
	住所	(〒 -)	都	道	府	県	
電話番号(日中の連絡先)	TEL ()						
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)							

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号 <input type="text"/>
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	
口座名義の区分		<input type="checkbox"/> 1.申請者	<input type="checkbox"/> 2.代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	氏名・印	住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人(口座名義人)	(〒 -) TEL ()	委任者と代理人との関係
住所(フリガナ)		氏名・印	印

- ・被保険者の記号・番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、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

被保険者のマイナンバー記載欄

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

(健保記入欄)	支給決定欄		常務理事	事務長
	資格取得	年 月 日		
	資格喪失	年 月 日		
	区分	本人・家族・6歳未就学・高齢 (割)	担当	担当
支給決定額	円			

受付印

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

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

昭和 平成 令和

年 月 日

2 傷病名

3 発病または
負傷年月日

令和 年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

5 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

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

年 月 日

から

まで

日数

日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間

(令和) 年 月 日

年 月 日

から

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

円

8 診療の内容

9 療養費の支給申請の理由

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. 緊急やむを得ず受診し、被保険者資格情報を提示できなかったため

3. 誤って他の保険者の被保険者資格を使用したため

9. その他

(理由)

【注意事項】

1. この支給申請書には次の書類を添付してください。

① 医療費を返還した健康保険組合発行の領収書(原本)

② 診療(調剤)報酬明細書(レセプト)の写し

2. この支給申請書は、月ごと、医療機関・調剤薬局ごとに作成してください。