エア・ウォーター健康保険組合専用様式

被保険者（申請者）記入用

健康保険 □ 被保険者 □ 被扶養者 療養費支給申請書（立替払等）

★申請書は1つの**医療機関ごと**、**受診月ごと**、**受診者ごと**に1枚必要です。
*同じ医療機関でも入院と外来の両方を申請する場合も入院・外来それぞれ1部ずつ必要
[例] A病院とB薬局の1月と2月の受診分を申請➡A病院分2部（1月分・2月分）とB薬局2部（1月分・2月分）の計4部作成

被保険者情報

	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
被保険者等記号・番号（枝番記入不要）			※マイナンバーを記入した場合は追跡可能な方法で郵送のみの受付となります。
氏名	（フリガナ）		生年月日 □ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日
住所	（〒 ー ） 都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）		

※ 給付決定後、自治体等の医療費助成手続きに 添付書類の「原本証明」をご希望の場合は、右記項目に☑をお願いします。 ➡ □ 領収書の原本証明を希望する。

【注意】振込指定口座は、被保険者・ご本人様の口座に限ります。
「被保険者」以外の口座を指定することは出来ませんので、ご注意願います。

振込先指定口座（被保険者名義）

□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。）
㊟マイナポータル等で公金受取口座の事前登録をされていない方は下記へ口座をご記入下さい。（口座情報反映には登録から数日を要します）

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	普通	口座番号（左づめ）	※ ゆうちょ銀行を指定するの場合、通帳に記載の他金融機関振込用の口座番号7桁を記入
口座名義（カタカナ）	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。		

＜添付書類＞
□ 領収書（原本）
□ 診療報酬明細書（レセプト） → 病院へ作成依頼（病名記載のもの）
↘ 薬局作成依頼（医師名記載のもの）
*以前加入先の資格喪失後受診分の申請については、医療費返還後に以前加入先より交付されます。
□ 負傷原因届（ケガによる受診の場合のみ）

㊟ 記入誤り、記入漏れなどがある場合、書類の返却させていただく場合がございます。
記載漏れの無い状態でご提出下さいます様お願い致します。

受付日付印

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

（受付№ ）

≪令和7年4月更新≫

エア・ウォーター健康保険組合専用様式

被保険者（申請者）記入用

健康保険 □ 被保険者 □ 被扶養者 療養費支給申請書（立替払等）

被保険者氏名	

申請内容

1 受診者	□ 1. 本人（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 / 続柄（例）妻・長男・長女 等 / 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➡（受診することになった経緯や症状等） 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 / 診療した医師等の氏名 / 所在地
6 診療を受けた期間	（令和） 年 月 日 から 年 月 日 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 から 年 月 日 まで 日数 日
7 療養に要した費用の額	円 【健保使用】総医療費 円 支給額 円 割
8 診療の内容	□ 診察 □ 薬の処方・受け取り □ 手術（手術日 月 日） □ 検査 内容➡ □ その他 内容➡ ※診療明細のコピーを添付でも可。
9 療養費の支給申請の理由	□ 1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため 2. マイナ保険証・資格確認書等を持参せず受診し、医療費を10割負担したため 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため 9. その他（理 由）

㊟ 記入誤り、記入漏れなどがある場合、書類の返却させていただく場合がございます。
記載漏れの無い状態でご提出下さいます様お願い致します。

≪令和7年4月更新≫