

【メール提出不可】

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書（立替払等）

被保険者（社員） 記入欄	被保険者証の 記号と番号	—	被保険者の氏名			
	事業所の 名称		所属 (オフィス)			
	傷病名		発病又は負傷の 年月日	年	月	日
	発病又は 負傷の原因		第三者行為 によるもの	はい・いいえ ※「はい」の場合は、事前に健保にご連絡下さい。		
	診療期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日数	日	入院 又は 外来	入院・外来
	診療内容		診療に要した 費用の全額	円		
	療養の給付を受け られなかった理由					
	診療を受けた 医療機関等	名称 及び 医師名		TEL		
		住所 及び 電話番号	〒			
	家族に関する請求 の場合はその者の (治療を受けた人)	氏名		続柄 ()	生年月日	年 月 日
本件給付金を上記のとおり申請します。 年 月 日 在職被保険者の場合は、本件給付の受領方を事業主に委任します。(※) 〒 被保険者の住所 被保険者の氏名 A I G健康保険組合理事長 殿 (※) 給付金は、毎月15日健保受付締め切り、翌月給与に振込いたします。(任意継続者は、翌月20日登録口座へ振込)						

* この申請書に必要事項をご記入の上、下記書類を添えて提出して下さい。(裏紙での申請不可)

添付
書類

【自費で受診した場合】

- 診療報酬明細書（傷病名記載のレセプト）…医療機関へ請求して下さい。
(薬局の場合は調剤報酬明細書)
※領収書と一緒に発行される診療明細書、調剤明細書での申請は不可
- 領収書（原本）…医療機関へ10割支払ったもの

【国保等、以前加入の保険証で受診した場合】

- 診療報酬明細書（傷病名記載のレセプト）
…他保険者から受取った封筒（開封しないこと）
- 領収書（原本）…他保険者へ返納したもの
※レセプトは開封せずに提出してください。

受付印

注意

受診者ごとに診療月別、通院と入院別、医療機関と薬局別ごとに1枚作成してください。

提出先

(社) ヒューマン・リソース・パートナーズへ提出して下さい。
住所：〒540-6319 大阪府大阪市中央区城見1-3-7 IMPビル19階
社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース・パートナーズ AIG担当 宛て
任意継続者の方は直接、AIG健康保険組合に送付して下さい。 2023/4