

【メール提出不可】

記入例

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	99 - 99999	被保険者の氏名	健保 太郎		
	事業所の 名称	○△◇ 株式会社	所属 （オフィス）	○×オフィス		
	傷病名	インフルエンザ	発病又は負傷の 年月日	令和 4 年 4 月 1 日		
	発病又は 負傷の原因	帰省中に高熱が出た。	第三者行為 によるもの	はい・いいえ <small>※「はい」の場合は、事前に健保にご連絡下さい。</small>		
	診療期間	自 令和 4 年 4 月 1 日 至 令和 4 年 4 月 1 日	日数	1 日	入院 又は 外来	入院・外来
	診療内容	診察及び投薬を受けた。	診療に要した 費用の全額	5,000 円		
	療養の給付を受け られなかった理由	保険証を持っていなかった為				
	診療を受けた 医療機関等	名称 及び 医師名	〇〇〇整形外科 〇〇 一彦			
		住所 及び 電話番号	〒999-0000 TEL 03-9999-9999 東京都〇〇区〇〇〇町2-2-2			
	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	健保 花子	続柄（妻）	生年月日	昭和55年1月1日

本件給付金を上記のとおり申請します。 令和 4 年 4 月 5 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。（※）

〒 999-0000
東京都〇〇区〇〇〇町2-2-2

被保険者の住所

被保険者の氏名 健保 太郎

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下さい。

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