

【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	被保険者等 記号・番号	—		被保険者の氏名			
	Global ID						
	事業所の名称			生年月日			
	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					
		住所及び 電話番号	〒	TEL			
家族（被扶養者）に 関する請求の場合 家族の氏名	続柄（ ）		家族（被扶養者）に 関する請求の場合 家族の生年月日	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】	受 付 印
	① 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 ② 領収書（原本）…医療機関へ10割支払ったもの	
注 意	【国保等、以前加入の健康保険で受診した場合】	
	① 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） ② 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。	
提 出 先	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。	
	（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。	2024/12