

(立替払い用)任意継続者用

① 被保険者等記号・番号				② 事業所名			
③ 被保険者の氏名		(フリガナ)		④ 被保険者の生年月日		昭和 平成 年 月 日	
⑤ 療養を受けた者の氏名 生年月日・続柄		氏名	(フリガナ)		生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日
⑥ 傷病名							
⑦ 発病または負傷の原因・状況 (なるべくくわしく)		いつ(発生日時)令和 年 月 日 午前・午後 時 分 ごろ					⑧ 第三者行為によるものですか ・ はい ・ いいえ
		どこで(場所)					
		なにををしていて					
		どのようにして					
		負傷したか					
		私 用 ・ 通勤の行き帰り ・ 仕 事 中					
⑨ 診療又は手当を受けた病院等の		名 称					
		所 在 地					
		医 師 の 氏 名					
⑩ 診療又は手当を受けた期間		令和 年 月 日 から			⑪ 入院の有無 入院 期 間	あり・なし	
		令和 年 月 日 まで				令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
⑫ 診療又は手当を受けた内容					⑬ 診療又は手当に要した金額		円
⑭ 療養の給付を受けることができなかった理由		・マイナ保険証等を忘れた、資格の切り替え中だったなど、なるべく具体的にご記入をお願いします。					
上記のとおり申請します。 ⑮ 〒 ー ー 住所 フリガナ 被保険者(請求者)氏名 電話 ー ー ー							

振込先口座欄(いずれかの ☐ にチェックしてください)	
☐	次の口座に振り込みを希望します。
銀行 口座番号 (フリガナ) 口座名義	支店 種別 普通 ・ 当座
☐	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、口座番号等の記入は不要です。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

◎この申請書は、やむを得ない理由でマイナ保険証等を使用することができなかった場合等に、申請してください。

記入するときの注意事項

記入するときは、鉛筆は使用しないでください。

提出するときは、記入もれのないように注意してください。

⑦欄、けがをした場合（打撲、捻挫、骨折など）は、発生の原因・状況等についてくわしく記入してください。

⑧欄、発病の原因が第三者行為（交通事故など）による場合は、当健康保険組合に備え付けの「第三者行為用の負傷届」を添付してください。

⑪欄、⑩欄に記入した期間のうち、入院した期間があれば、その期間を記入してください。

⑭欄の理由は具体的に必ず記入してください。

⑮欄、住所は番地等を忘れないように（特に〇〇方、〇〇マンションなど）記入してください。

※ 訂正したときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。

なお、押印している場合は、上記の方法による訂正または押印した印による訂正のどちらかをしてください。

添付書類

やむを得ない理由でマイナ保険証等を使用することができずに10割負担したとき

⇒ 領収書の原本と診療（調剤）報酬明細書（写）

領収書の原本と診療（調剤）明細書（傷病名・医師（薬剤師）名・診療（調剤）内容の明細）

やむを得ない理由で以前加入していた健康保険資格で受診されたとき

⇒ 診療（調剤）報酬明細書（写）と以前加入していた健康保険等に返納された返納金領収書の原本