提出先：アクサ生命健康保険組合（社内便または郵送）

記入例

療養費支給申請書（医療費払い戻し）

①被保険者の	記号　△△△ 番号　△△△△△△	②被保険者の	氏名	○○○　○○○
			生年月日	昭和 平成 令和　△△　年　△△　月　△△　日
③被保険者の現住所	〒△△△－△△△△ ○○○○○○○			
④被保険者の勤務する事業所・所属の	(ア)名称　●●●　部・支社・統括部　▲▲▲　営業所・課・グループ　　分室			
⑤申請が被扶養者の場合はその者の	氏名　○○○　●●●		生年月日	昭和 平成 令和　△△　年　△△　月　△△　日
⑥傷病名	○○○○○○			△△　日 時頃）
⑧発病又は負傷の原因	(1)いつ (3)何をしている時			
⑨第三者行為によるものですか	(1)はい (2)いいえ	⑩第三者行為によって負傷したときは	その事実の届出の有無	ある　・　ない
			第三者の氏名と住所（不明のときはその旨）	
病院・薬局等の	(1)名称 (3)住所		(2)医師（薬剤師）名	
⑫診療の内容				
⑬診療の期間	自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日			円
⑮入院・外来の別	(1)入院 (2)外来	入院の場合その期間 令和　年　月　日　～　令和　年　月　日		日間
⑯療養の給付を受けることができなかった理由	□保険証が提示できなかったため　□以前、加入していた健康保険の保険証を使用 □その他　その理由　：			
⑰　備考	（特記事項があれば記載）			
上記のとおり申請致します。 アクサ生命健康保険組合理事長　殿				

該当するものに○

診療を受けた方がご家族の場合、そのご家族の氏名・生年月日を記入してください
ご本人の場合、記入は不要です

該当するものに○

(1)いつ：私用中・勤務中・通勤中等の状況を記入してください
(2)どこで：会社・学校・自宅等の場所を記入してください
(3)何をしているとき：原因を記入してください

該当するものに○

⑨が「はい」のときに記入してください

診察・検査・レントゲン撮影等の
受けた診療の内容を記入してください

該当するもの○をし、入院の場合はその期間を記入してください

健康保険証記号番号の代わりに個人番号を使用する場合は、必ず事前に健康保険組合までご相談ください。

※下記の情報は、給与振込口座以外の被保険者名義口座を希望される場合のみ記入してください。

※被扶養者（家族）名義の口座へはお振込できません。

振込銀行	銀行　支店			
普通	口座番号		フリガナ	
			名義	

受付日付印

添付する書類（社内便または郵送で健保組合へ提出ください）

1. 診療報酬明細書（または調剤報酬明細書）原本
2. 領収証の原本