

提出先：アクサ生命健康保険組合（社内便または郵送）

療養費支給申請書（医療費払い戻し）

① 被保険者の	記号		② 被保険者の	氏名			
	番号			生年月日	昭和 平成 令和	年	月
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				⑦発病又は負傷 の年月日	令和	年	月 日 (負傷の場合は、 時頃)
⑧発病又は 負傷の原因		(1)いつ (2)どこで (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 第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)	ある ・ ない		
⑪診療を受けた 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 から 至 令和 年 月 日 まで	日間	⑭ 診療に要した 費用の額（10割）	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		<input type="checkbox"/> 保険証が提示できなかったため <input type="checkbox"/> 以前、加入していた健康保険の保険証を使用 <input type="checkbox"/> 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							

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