療養費チェックリスト

全てチェックし、申請書に添付してご提出ください。

全てを満たしていても、書類の内容によっては返戻になる可能性がございますので、予めご了承ください。

申請書

□　申請書はもれなく記入しています。（記入例をご確認ください。）

□　本人同意欄に自署で記入しています。（自署でない場合は押印が必要です。）

けがによる受傷ではありません。　□ はい　□ いいえ

”いいえ”の方 □ 「負傷原因報告書」を記載の上、添付が必要です。

交通事故など第三者行為による申請ではありません。　□ はい　□ いいえ

”いいえ”の方 □ 「第三者行為による傷病届」を記載の上、添付が必要です。

添付書類

□　領収書（原本）　※領収書台紙に貼付してください。

□　診療報酬明細書（傷病名の記載があるもの）
※領収書に添付されている「診療明細書」ではありません。
※医療機関・調剤薬局でレセプトの発行を申し出ていただく必要があります。

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（申請者）記入用

被保険者情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号 ／ 番号	本籍社員番号 記号番号記入の場合は記入の必要はありません	←記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認ください
氏名	（フリガナ）	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年 月 日
本籍会社名	記号が7から始まる方は記入の必要はありません	電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）

申請内容

1 受診者	□ 1. 被保険者　2. 家族（被扶養者）
1 - ①家族の場合はその方の	氏名 ／ 生年月日 □ 昭和 □ 平成 □ 令和　年 月 日
2 傷病名	3 発病または負傷年月日 令和　年 月 日
4 発病の原因および経過（詳しく）	□ 1. 病気（原因および経過） 2. ケガ　相手がいない事故 ➡「負傷原因届」を併せてご提出ください。 相手がいる事故 ➡「第三者行為による傷病届」を併せてご提出ください。
5 診療を受けた医療機関等の	名称 ／ 所在地
	名称 ／ 所在地
6 療養に要した費用の額	円
7 療養費の支給申請の理由	□ 1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため 2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため 9. その他（理由）

本人同意欄

私は、健康保険法に基づく保険給付請求等に関し、私にかかる診療報酬明細書および関係書類についてオリックスグループ健康保険組合が当該機関に対して、療養などの内容照会を行うことおよび当該機関が内容照会の回答をすることに同意します。

令和　年　月　日

オリックスグループ健康保険組合　理事長殿

被保険者氏名（自署）

退職者欄

この申請書を提出する時点ですでに退職している方のみ記入（在籍者は給与第一口座へのお振込となります。）

銀行コード	支店コード	預金の種類
銀行・農協 信金・信組	本店 支店	普通 ・ 当座
口座名義 カタカナで記入	口座番号	郵便局

常務理事	事務長	担当

受付日付印

オリックスグループ健康保険組合

20250301改訂

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（立替払等）

領収書台紙

被保険者氏名	

※紛失防止および証憑製本作業のため、のりで貼付してください（ホチキス止め・クリップ止め不可）

※原本を添付された場合、お戻しできませんのでご注意ください