

(別紙1)

### 資格喪失後受診に伴う返還金精算に係る申出書 (委任状 兼 同意書)

旧保険者等名	殿
現保険者等名	殿

私は、旧保険者等名を資格喪失後に旧保険者等名被保険者証を使用して受診したことによって発生した医療費の返還方法について、受診時に加入していた現保険者等名に支給申請することができる療養費等を旧保険者等名が代理申請、代理受領し、返還金債権に充当して精算することを希望すると同時に、下記の事項について委任及び同意します。

#### 記

##### 1. 委任する事項

- 受診時に加入していた現保険者等名に支給申請することができる療養費等を、旧保険者等名が代理申請、代理受領するために必要となる手続きの全てを旧保険者等名に委任します。

##### 2. 同意する事項

- 療養費等の支給申請に必要な、旧保険者等名が保有する診療報酬明細書の写し等を受診時に加入していた新保険者等名へ直接提供すること。
- 旧保険者等名と現保険者等名との間で申請人に係る必要な情報をやり取りすること。
- 旧保険者等名が代理受領した療養費等を、返還金債権に充当して精算すること。

以上

平成 年 月 日

被保険者の氏名 ※1				印
被保険者の住所	〒 -			
電話番号				
療養を受けた者の氏名 ※2		被保険者との続柄※3		

注1) 受診時に加入されていた健康保険の保険者が国民健康保険の場合は、※1に世帯主の氏名を記入してください。

注2) 療養を受けた者が※1と同じ者である場合は、※2及び※3欄の記入は必要ありません。

※ 受診時に加入されていた健康保険について、お持ちの健康保険被保険者証等を確認のうえ、ご記入ください。(旧保険者等名が受診時にご加入されていた健康保険の保険者に療養費等を支給申請する際に必要な情報となります。)

保険者名称		保険者番号							
被保険者証記号・番号									

支給申請書

現保険者等名 殿

貴健康保険加入者におかれましては旧保険者等名の資格を喪失された後に旧保険者等名被保険者証により医療機関に受診されております。

これにより旧保険者等名が負担いたしました当該医療費の返還につきましては、貴健康保険加入者より別添「資格喪失後受診に伴う返還金精算に係る申出書（委任状兼同意書）」（以下「申出書」という。）のとおり、貴健康保険に支給申請することができる療養費等において精算する旨の申出がございました。

つきましては、貴健康保険の加入者に代わり、療養費等の支給について下記のとおり申請いたしますので、よろしくお取り計らいくださいますようお願い申し上げます。

- 1. 療養費等支給申請 件数合計 . . . . . 件
(診療報酬明細書 件数) 件
金額合計 . . . . . 円
2. 支給された療養費等については、申出書のとおり、貴健康保険の加入者から受取を委任されておりますので、支給される場合、下記に記載する口座にお支払いください。

(旧保険者等の口座情報)

Table with columns for bank type (振込先), branch (本店・支店), account type (預金種別), and account number (口座番号等). Includes a note about entering numbers for non-ゆうちょ banks.

- 3. 支給金額と上記金額とに差額がある場合には、差額を下記の口座に振り込んでください。

(被保険者が指定する口座情報) ※現保険者等が日本私立学校振興・共済事業団の場合は、記入不要。

Table with columns for bank type (振込先), branch (本店・支店), account type (預金種別), and account number (口座番号等). Includes a note about entering numbers for non-ゆうちょ banks.

- 4. 貴健康保険への保険給付の申請に当たり、同申請書に添付すべき診療報酬明細書の写し等を旧保険者名から貴健康保険へ直接送付することについては、申出書のとおり、貴健康保険加入者より同意を得ております。

平成 年 月 日

旧保険者名 旧保険者長 印

(別紙3-1)

## 療養費申請書( 年 月分)

\_\_\_\_\_  
(現保険者等) 殿

療養を受けた者の 氏名及び生年月日	氏名	(フリガナ)	申請者との 続柄	
	生年月日	年	月	日
医療機関等	名称	(フリガナ)		
	所在地			
	医師名等			
療養内容	傷病名		発病又は負傷年月日	
			年	月 日
療養期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		日数	日
科別区分	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他		入院・外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
原因及び経過			第三者の行為によるものか	
			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
療養の給付をうけることができなかった理由		療養内容		
診療に要した費用の額	食事療養費の有無		食事療養費用の額	
円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円	

上記のとおり申請します。

(申請者)

(フリガナ)  
被保険者の氏名：  
生年月日：  
現保険者等での被保険者証の記号・番号：  
注) 現保険者等が国民健康保険の場合は、世帯主の情報を記入してください。

印

## 出産育児一時金等申請書

\_\_\_\_\_  
(現保険者等) 殿

出産した者	氏名	(フリガナ)	申請者との 続柄	
	生年月日			
出産年月日	平成	年	月	日
出生児氏名			分娩の種類	
			<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 死産 (    週)	

上記のとおり申請します。

(申請者)

(フリガナ)  
被保険者の氏名：

生年月日：

現保険者等での被保険者証の記号・番号：

注) 現保険者等が国民健康保険の場合は、世帯主の情報を記入してください。

印

## 葬祭費・埋葬料申請書

(現保険者等) 殿

死亡した者	氏名	(フリガナ)	申請者との続柄
	生年月日	平成 年 月 日	
	被保険者番号		
死亡年月日	平成 年 月 日		
原因			第三者の行為によるものか
			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
○介護保険法のサービスを受けていたとき			
保険者番号	被保険者番号	保険者名称	
埋葬年月日			埋葬に要した費用の額
平成 年 月 日			円

上記のとおり申請します。

(申請者)

(フリガナ)

被保険者の氏名：

生年月日：

現保険者等での被保険者証の記号・番号：

注) 現保険者等が国民健康保険の場合は、世帯主の情報を記入してください。

印

## 移送費申請書

\_\_\_\_\_  
(現保険者等) 殿

移送を受けた者の氏名及び生年月日	氏名	(フリガナ)	申請者との続柄
	生年月日	年	月 日
移送年月日			
移送に要した費用の額			
疾病名及びその原因			
発病又は負傷年月日	平成	年	月 日
移送経路			
移送方法			
付添人の氏名及び住所等	氏名	住所	

上記のとおり申請します。

(申請者)

(フリガナ)  
被保険者の氏名：  
生年月日：  
現保険者等での被保険者証の記号・番号：  
注) 現保険者等が国民健康保険の場合は、世帯主の情報を記入してください。

印

(別紙3-5)

# 高額療養費申請書( 年 月分)

(現保険者等) 殿

療養を受けた者の氏名及び生年月日	氏名 明大 年 月 日 (続柄: )		氏名 明大 年 月 日 (続柄: )		氏名 明大 年 月 日 (続柄: )	
	傷病名					
医療機関等	名称					
	所在地					
療養を受けた期間	年 月 日から 日まで ( 日間 )		年 月 日から 日まで ( 日間 )		年 月 日から 日まで ( 日間 )	
支払った自己負担額	円		円		円	
他の公的制度により自己負担相当額等の支給を受けることができるか。	<input type="checkbox"/> 受けられる (制度名 )		<input type="checkbox"/> 受けられる (制度名 )		<input type="checkbox"/> 受けられる (制度名 )	
	<input type="checkbox"/> 受けられない		<input type="checkbox"/> 受けられない		<input type="checkbox"/> 受けられない	
今回の申請の診療月以前に1年間に三回以上高額療養費を支給を受けた場合(請求中のものも含む)	診療月	平成 年 月分	平成 年 月分	平成 年 月分	平成 年 月分	

上記のとおり申請します。

(申請者)

(フリガナ)

被保険者の氏名:

生年月日:

現保険者等での被保険者証の記号・番号:

注) 現保険者等が国民健康保険の場合は、世帯主の情報を記入してください。

印