

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

健康 保 険 組 合 使 用 欄	支給決定額						支給期間			常務理事	事務長	担当者
							年	月	日			
							年	月	日			
							日間					
26 証不携行 25 輸血 29 その他						資格取得日			年	月	日	
						資格喪失日			年	月	日	
						被扶養者認定日			年	月	日	

被 保 険 者 (申 請 者) 情 報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)			<input type="checkbox"/> 昭和		
				<input type="checkbox"/> 平成		
				<input type="checkbox"/> 令和		
氏名	(フリガナ)					
住所	(〒	-)	都	道	
				府	県	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()			

振 込 先 指 定 口 座	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>(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。</small>					
	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ()			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号		左づめでご記入ください。	
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)				

(添付書類)

- ・「診療報酬明細書(通称:レセプト)(写)※」+「領収書」原本 ※封かんされているときは開封しないで封筒ごと添付ください
 または療養費支給申請書の統紙①or②の「領収(診療)明細書」
- ・海外療養費の申請が外国語で書かれている場合は、日本語の翻訳文+海外渡航期間がわかる書類
- ・輸血血液代の申請には、輸血証明書と領収書
- ・被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求される場合は、被保険者との続柄がわかるもの(戸籍謄本や住民票等)

(R4.10)

受付日付印

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載ください。
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) <input type="checkbox"/> 2. ケガ → 負傷原因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	診療した医師等の氏名
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数 日
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数 日
	7 療養に要した費用の額	_____ 円		
8 診療の内容				
9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> 1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 9. その他 (理由) 			