

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(申請者)情報	記号	番号	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)			
	住所	(〒 -) 都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)					

振込先指定口座	すでに届け出している口座に変更がない場合は記入不要です。				
	金融機関 名称	ゆうちょ銀行	口座の 記号-番号 (左づめ)	1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 <input type="text"/> の <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1	↑記号と番号の間に数字がある場合は「の」の下に記入
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。				
	<input type="text"/>				

《添付書類》

1. 病院へ全額支払った場合

療養費支給申請書(本紙) + 診療(調剤)内容明細書(原本)^{※1} または 診療(調剤)報酬明細書(原本) + 領収書(原本)^{※2}

※1 明細書とは患者名・傷病名・診療内容の記載があるものです。領収書とともに渡される診療(調剤)明細書とは異なります。

診療(調剤)内容明細書(原本)の様式は3ページ以降にありますので、医療機関等にて証明を受けてください。

※2 診療に要した費用を証明した領収書

2. 以前加入の保険者へ支払った場合

療養費支給申請書(本紙) + 前保険者発行の診療(調剤)報酬明細書(原本)^{※3} + 返金した領収書(原本)^{※4}

※3 以前加入の保険者から送付された診療(調剤)報酬明細書(レセプト)の原本(未開封でご提出ください)

※4 返還請求された金額を支払ったことを証明する領収書

<申請時の注意点>

- ・ 申請は各月毎、医療機関毎、入院、外来(調剤)毎に分けてください。
- ・ 支給決定後の、領収書の原本の返却、コピーのお渡しはできません。

受付日付印

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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

被保険者等
記号・番号

被保険者氏名

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

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 発病又は負傷の原因
および経過
(詳しく)

1. 病気

2. ケガ

 工作中
 通勤中

※「2. ケガ」の場合、該当するものに✓をしてください。

2. ケガの場合のみ
(いつ、どこで、何をしていた時、どのように負傷しましたか? 具体的にご記入ください)5 傷病の原因は第三者の行為
(交通事故やケンカ等)に
よるものですか。

1. はい

2. いいえ

「1. はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。

6 診療を受けた医療機関等の
名称・所在地・医師等の氏名

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

7 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

--	--	--	--	--

から

年 月 日

--	--	--	--	--

まで

日数

日

8 診療の内容

 診察 検査 注射 投薬 その他(※具体的に

)

9 療養に要した費用の額

円

10 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. マイナ保険証や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

(理由)

9. その他

本人 ・ 家族
入院 ・ 外来

※該当するものをマルで囲んで下さい。

下記のとおり領収（診療）いたしました。

令和 年 月 日

年 月分 診療内容明細書

氏名	(男・女) 昭・平・令 年 月 日生			医療機関の所在地			
職務上の事由	職務上・下船後3ヶ月以内・通勤災害			医療機関の名称			
傷病名	(1) (2) (3) (4) (5)	診療開始日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日 (4) 年 月 日 (5) 年 月 日	診療実日数	日 転 帰 治癒 死亡 中止		
①	初診・時間外・休日・深夜	回	点				
② 投 薬	②① 内服	単位					
	②② 屯服	単位					
	②③ 外用	単位					
	②④ 調剤	日					
	②⑥ 麻毒	日					
	②⑦ 調基	回					
③ 注 射	③① 皮下筋肉内・静脈内	回					
	③③ その他	回					
④ 処 置	薬 剤	回					
⑤ 手 麻 術 酔	薬 剤	回					
		回					
⑥ 検 査	薬 剤	回					
		回					
		回					
⑦ 画 診 像 断	薬 剤	回					
		回					
⑧ そ の 他		回					
		回					
⑨ 入 院	入院年月日	年 月 日	点				
	⑨(病)	入院料	× 日間				
	⑨(衣)	入院料	× 日間				
		入院料	× 日間				
	特定入院料、その他	入院料	× 日間				
	医学管理料	× 日間					
	医学管理料	× 日間					
	医学管理料	× 日間					
⑩ 食 事	基準	合 計	療養の給付	請求	決定	負担金額	備考
	日× 日間		点	点			
	日× 日間	食事療養	日	円	円	円	
	日× 日間		日	円	円	円	
高額療養費	点						

※受診医療機関に記入をご依頼ください。
 こちらの用紙を使わず受診医療機関発行の診療報酬明細書でも構いません。
 また、領収書と共に渡される「診療明細書」とは異なる書類となりますのでご注意ください。

