

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

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	
							平成	年	月	日			
							平成	年	月	日			
							日間						
26証不携行 25輸血 29その他							資格取得日			昭和・平成 年 月 日			
							資格喪失日			昭和・平成 年 月 日			
							被扶養者認定日			昭和・平成 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)	1	1	1	2	3	4	5	6	☒ 昭和 ☐ 平成	4	0	1	1	1	5	
	氏名・印	健保 太郎										印					
	住所	滋賀 彦根市〇〇										自署の場合は押印を省略できます。					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()																

振 込 先 指 定 口 座	金融機関 名称	滋賀 彦根										本店 支店 出張所 本所 支所				
	預金種別	1	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1	2	3	4	5	6	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続紙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)

(29.1)

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

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、備考欄へ記載ください。
(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)

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容

1 受診者

1

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

年 月 日

2 傷病名

左足首ねん挫

3 発病または
負傷年月日

平成 26 年 1 月 3 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

2

1. 病気

(原因および経過)

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

〇〇総合病院

所在地

彦根市〇〇町

診療した医師等の氏名

〇〇 〇〇

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

(平成) 年 月 日

年 月 日

2 6 0 1 0 3

から

2 6 0 1 0 6

まで

日数

2 日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間

(平成) 年 月 日

年 月 日

から

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

9,600 円

8 診療の内容

診察のうえ、湿布薬を処方された。

9 療養費の支給申請の理由

1

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

4. 海外で受診したため…渡航期間 年 月 日 ~ 年 月 日
渡航目的・海外滞在理由 ()

9. その他

(理 由)