

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書【立替払用】

被保険者情報	被保険者等 記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所 及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(999)
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎		生年月日	昭和 平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345			
	社員番号	1234567		メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇〇.ne.jp

申請内容	受診者 (該当に○)	本人(被保険者)・家族(被扶養者)		受診者 氏 名	健保 太郎	
	傷病名	インフルエンザ		受診者の 生年月日	昭和 平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日	
	発病の原因 および経過	高熱のため、急きょ旅行先の病院で受診した。				
	診療を受けた 医療機関名称	〇〇医院		診療を受けた 医療機関住所	福岡県〇〇市〇〇町〇-〇-〇	
	診療を受けた 期間	令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日から 令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日から ● 日		左記の期間に入院 をしていた場合はそ の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日	
	療養に要した 費用	12,000 円		診療の内容	診察および投薬を受けた	
	療養費の 支給申請の理由 (該当に○)	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 4. その他()				
交通事故等 第三者が原因 ですか	いいえ はい ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		業務上、通勤途上 によるものですか	いいえ はい ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日		
	被保険者(申請者)	氏 名	
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏 名	

振込先情報	金融機関コード	1234		支店コード	123	
	金融機関名称	●●		銀 行 信用金庫	●● 本店 支店	
	預金種別	普通 当座 その他 ()	口座番号	1234567	口座名義 (カタカナ)	ケンボタロウ

【添付書類】

- 診療報酬明細書(レセプト)(原本) ※レセプトの添付が不可能な場合は2枚目の領収(診療)明細書に医師の証明をもらってください。
- 領収書(原本)

備考	個人番号 (被保険者等記号番号を記入した場合は記入不要)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

受付日付印

患者
傷病

領収(診療)明細書(医師の証明)

※診療報酬明細書(レセプト)の添付が不可能な場合に提出してください。

医療機関から診療報酬明細書(レセプト)を発行してもらえない場合には、医療機関に「領収(診療)明細書」の証明を依頼してください。

初診	初診	回	点	入院	入院年月日 年 月 日			
	時間外	回	点		病	診	入院基本料・加算	
	休日	回	点				×	日間 点
	深夜	回	点				×	日間 点
再診	再診	回	点				×	日間 点
	外来管理加算	回	点				×	日間 点
	時間外	回	点				×	日間 点
	休日	回	点				×	日間 点
医学 管理	深夜	回	点	食事 生活	特定入院料・その他			
					基準	円	×	回
					特別	円	×	回
					食事	円	×	回
在宅					環境	円	×	回
				基準(生)	円	×	回	
					特別(生)	円	×	回
					減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月			
投薬	内服	単	点					
	屯服	単	点					
	外用	単	点					
	処方	回	点					
注射	麻毒	回	点	皮下筋肉内	回	点		
	調基		点		静脈内	回	点	
					その他	回	点	
処置	処置	回	点	手術	回	点		
					麻酔	回	点	
手術 麻酔	手術	回	点	検査	検査・病理	回	点	
	麻酔	回	点					
検査	検査・病理	回	点	画像 診断				
画像 診断		回	点	その他				
その他		回	点	合計	円			

上記のとおり領収(診療)しました。

令和 年 月 日

医療機関所在地
医療機関の名称
医師の氏名
医療機関電話番号

()