

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	被保険者証等の 記号番号	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話(内線)
	氏名	フリガナ		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)	〒 電話 ()			
	社員番号			メールアドレス	

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	
	傷病名			受診者の 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	発病の原因 および経過				
	診療を受けた 医療機関名称			診療を受けた 医療機関住所	
	診療を受けた 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		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
	療養に要した 費用	円		診療の内容	
	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		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		

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

振込先情報	金融機関コード			支店コード	
	金融機関名称	銀 行 信用金庫			本店 支店
	預金種別	普通 其他 当座 ()	口座番号		口座名義 (カタカナ)

【添付書類】

1. 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。
2. 領収書(原本)

備考	個人番号 (被保険者証等の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

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。

患者名

診療月

傷病名

診療実日数

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		特定入院料・その他			
医学管理			点	食事生活	基準	円	×	回
					特別	円	×	回
在宅			点		食事	円	×	回
					環境	円	×	回
投薬	内服	単	点	基準(生) 円 × 回				
	屯服	単	点	特別(生) 円 × 回				
	外用	単	点	減 ・ 免 ・ 猶 ・ I ・ II ・ 3月				
	処方	回	点					
	麻毒	回	点					
注射	調基		点					
	皮下筋肉内	回	点					
	静脈内	回	点					
処置	その他	回	点					
	処置	回	点					
手術 麻酔	手術	回	点					
	麻酔	回	点					
検査	検査・病理	回	点					
画像 診断		回	点					
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 ()