

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 欄	被保険者証の (左づめ)	記号 [][][]	番号 [][][][][][][][][]	氏名 (フリガナ)
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	電話番号 (日中の連絡先)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 () () () 内線 ()
	会社名 事業所 所属	※退職者の方は住所をご記入ください。			

申 請 内 容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 病気 原因および経過 <input type="checkbox"/> ケガ → 負傷原因(以下のいずれかの中から選択☑してください) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中(<input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他 []		
	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	
	6 診療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 [][][][] から	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 [][][][] まで	日数 日
	6-①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 [][][][] から	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 [][][][] まで	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"/> 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> その他 (理由) []			

〔備考〕

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、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認のため添付書類が必要です)

受付日付印