

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者

記入例

被保険者欄	被保険者証の (左づめ)	記号 1 2	番号 1 2 3 4 5 6	氏名 健保 太郎	(フリガナ) ケンポ タロウ
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 49 年 4 月 3 日	電話番号 (日中の連絡先)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 080 ( 1234 ) 〇〇〇〇 ( )	内線 ( )
	会社名 事業所 所属	〇〇〇〇〇株式会社 〇〇営業所 〇〇G			

薬局分とは分けて申請する

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)
	1-①家族の場合はその方の	氏名 健保 花子 生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 53 年 11 月 22 日
	2 傷病名	風邪 3 発病または負傷年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 1 年 5 月 5 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	<input checked="" type="checkbox"/> 病気 原因および経過 旅行中に風邪による発熱のため通院したが、保険証を持っていなかったため。 <input type="checkbox"/> ケガ → 負傷原因(以下のいずれかの中から選択 <input checked="" type="checkbox"/> 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 〇〇〇クリニック 所在地 横須賀市〇〇町1-2 診療した医師等の氏名 山本 次郎
	6 診療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 0 1 0 5 0 5 から <input checked="" type="checkbox"/> 令和 0 1 0 5 0 5 まで 日数 1 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"/> 平成 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで 日数 日
	7 療養に要した費用の額	5,190 円
	8 診療の内容	別紙診療報酬明細書のとおり
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 checked="" 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) [ ]	

複数月になる場合は、1ヵ月毎に分けて申請する。

【添付書類】

- ・ 領収書
- ・ 診療(調剤)報酬明細書

〔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