

健康保険 被保険者 療養費支給申請書【立替払用】
被扶養者

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	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
	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。					

委任状	※在職者は、①提出の委任に✓をしてください。				
	<input type="checkbox"/> ①本申請書の提出を事業主に委任します。				
	※受領委任する場合は、下記の委任状欄に記入して下さい。				
	②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			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	口座番号		口座名義(カタカナ)

【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)

受付日付印

