

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)
					昭和 平成
	氏名	フリガナ			生年月日
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒			
				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	日	
	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 ※「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。		

振込先情報	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、 ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入)										
	注) 口座情報登録の反映、給付金の支給につきましては、お時間を要します。また、下記の欄に口座の記入がある場合は、記入口座を優先させていただきます。										
	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】

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)

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

傷病名

診療月

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			
深夜	回	点						
医学管理			点	食事生活	基準	円	×	回
在宅			点		特別	円	×	回
					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					
	調基		点					
注射	皮下筋肉内	回	点					
	静脈内	回	点					
	その他	回	点					
処置	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					

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 ()