

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	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(999)
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		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)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345			
			メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp	

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	健保 太郎
	傷病名	インフルエンザ	受診者の 生年月日	昭和 平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日
	発病の原因 および経過	高熱のため、急きょ旅行先の病院で受診した。		
	診療を受けた 医療機関名称	〇〇医院	診療を受けた 医療機関住所	福岡県〇〇市〇〇町〇-〇-〇
	診療を受けた 期間	令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日から ●● 日 令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日から	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	12,000 円	診療の内容	診察および投薬を受けた
	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	1234		支店コード	123	
	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	1234567	口座名義 (カタカナ)	ケンポタロウ

【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	食事生活	基準	円	×	回	
	外来管理加算	回	点			特別	円	×	回
	時間外	回	点			食事	円	×	回
	休日	回	点			環境	円	×	回
医学管理	深夜	回	点	投薬	基準(生)	円	×	回	
					特別(生)	円	×	回	
					減 ・ 免 ・ 猶 ・ I ・ II ・ 3月				
在宅			点	注射					
処置	内服	単	点	手術 麻酔					
	屯服	単	点						
	外用	単	点						
	処方	回	点						
手術 麻酔	麻毒	回	点	検査					
	調基		点						
検査	皮下筋肉内	回	点	画像 診断					
	静脈内	回	点						
	その他	回	点						
画像 診断	処置	回	点	その他					
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 ()