

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書【立替払用】

個人番号（被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要）																				
※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点																				

被保険者情報	被保険者等の記号番号	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 ケンボ タロウ 健保 太郎		生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 ● ● 年 ● ● 月 ● ● 日
	住所	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2 3 △△マンション		※健保事務処理センター(03-6709-8031)より申請内容について電話確認をする場合がありますので必ずご記入ください。	
	社内携帯番号	(000) 0000-0000		電話番号	(0101) 00-0000

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		☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 ● ● 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等の名称	名称 ● ● クリニック	住所 〒 123-4567 愛知県名古屋市〇〇区名駅 ●-●-●-●	
		名称 ● ● 薬局	住所 〒 123-4567 愛知県名古屋市中村区名駅 ●-■-▼	
	診療を受けた期間	令和4年6月16日から 令和4年6月20日まで 1 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
	療養に要した費用の合計	12,000 円	診療の内容	診察のうえ、薬を処方された。
療養費の支給申請の理由(該当に○)	1. 入社したばかりで被保険者証もしくは資格確認書が 2. 被保険者証もしくは資格確認書を持っていなかった 3. 以前の被保険者証を使用したため 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。	

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	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	

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

振込先情報	金融機関コード	1234	支店コード	567
	金融機関名称	● ●	銀行 信用金庫	● ● 本店 支店
	預金種別	普通 当座 ()	口座番号 1234567	口座名義(カタカナ) ケンボタロウ

【添付書類】

1. 傷病名、診療内容の明細が記載された書類です。医療機関等の窓口で発行してもらってください。
2. 病名が記載されていない「診療明細書」等の書類では給付することができません。

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													
	医療機関から診療報酬明細書(レセプト)を発行してもらえない場合には、医療機関に「領収(診療)明細書」の証明を依頼してください。												
初診	休日	回	点	入院		×	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	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 ()