

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 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			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 (日中の連絡先)		

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. 入社したばかりで被保険者証が届いていなかったため 2. 被保険者証を持っていなかったが急病でやむを得ず医療機関にかかったため 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				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 当座 その他 ()	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)

備考	個人番号 (被保険者証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	

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

診療月

傷病名

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		×	日間	点				
深夜	回	点	特定入院料・その他								
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 ()