

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 [][][][]	番号 [][][][][][][]	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 [][][][][][][][]
	氏名・印	(フリガナ) -----		自署の場合は押印を省略できます。
	住所	(〒 [][] - [][])	都道府県 [][] [][]	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ([][] [][])		

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他([][])	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号 [][][][][][][][][][]
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(ゝ)は1字としてご記入ください。)	
	口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人	

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日	
		氏名・印 [][][] [][]	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人(口座名義人)	住所 (〒 [][] - [][]) TEL ([][] [][])	
		氏名・印 (フリガナ) -----	委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

[]
--

(19.05)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名		3 発病または負傷年月日	令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。		
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数 日
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数 日
	7 療養に要した費用の額	_____ 円		
8 診療の内容				
9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 9. その他 (理由)			

領 収 (診 療) 明 細 書

患者氏名				傷病名				
診療の内訳				金額	薬名、用量等の明細			
診察料	初診	時間外	休日	深夜				
	再診			×	回	点		
	外来管理加算			×	回	点		
	時間外休日深夜			×	回	点		
指導				×	回	点		
在宅				×	回	点		
投薬	内服	薬剤	単位					
	調剤			×	回	点		
	頓服	薬剤	単位					
	外用	薬剤	単位					
	調剤			×	回	点		
	処方・麻毒・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		
	薬剤					点		
手術	手術・麻酔				回	点		
	薬剤					点		
検査	検査							
	薬剤							
画像診断	画像診断				回	点		
	薬剤					点		
その他								
入院	入院期間		年	月	日から			
			年	月	日まで	日間		
	入院料				点	×	日間	
	入院時医学管理料				点	×	日間	
療養の給付			合計点数		点	療養の給付金額	円	
食事	基準			円	×	日間	食事療養費金額	円
診療実日数					日	合計金額	円	

上記のとおり領収しました

令和 年 月 日 医療機関 の 所在地 名称

医師の 氏名・印

印

※ 上の明細書に代えて、診療報酬明細書等の用紙により、医療機関の名称・所在地・医師の氏名・印の表示がある証明書を作成して差し支えありません。

(添付書類) ※コピーと指定していないものは、原本が必要です。

<p>医療費を自費で支払ったとき (立替払)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●診療内容を記載した証明書 診療明細書 (傷病名の記載があるもの) ●領収書(領収明細書)の原本
<p>国民健康保険など 他の保険者の保険証を使用し、 医療費の返還を行ったとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●診療報酬明細書 医療費を返還した保険者から交付を受けた診療報酬明細書 (封かんされているときは開封しないで封筒ごと添付してください。) ●領収書の原本 返還請求された金額を支払ったことを証明する領収書の原本
<p>限度額適用・標準負担額減額認定証 を提示しなかったことにより、入院 時に支払った食事療養費を減額され ない金額で支払ったとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●領収書の原本 食事療養について支払った費用を証明した領収書 ●限度額適用・標準負担額減額認定証の写し 限度額適用・標準負担額減額認定証の申請をしていなければ、申請していない理由を記載して、当該期間が非課税である証明書を添付してください。
<p>生血液を輸血したとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●輸血証明書 輸血回数が記載されたもの ●領収書の原本 血液にかかる費用額や移送にかかった費用額の内訳が記載されている領収書
<p>ケガ(負傷)による申請の場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●「負傷原因届」
<p>第三者による傷病の場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●「第三者の行為による傷病届」
<p>被保険者が亡くなられ、 相続人の方が請求する場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●「権利承継届」 ●相続人と被保険者との続柄がわかる戸籍事項全部証明書など