

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

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
	氏名	(フリガナ)		性別	□男 □女		
	住所	(〒 - )	都 道 府 県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	( )					

必要書類を添付のうえ療養費の申請をします。

□令和 □( ) 年 月 日

・被保険者が在籍中は、事業所を通じて支払われます。(下記の振込先は、退職された方のみ記入してください。)

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	普通口座	口座番号	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼名義人は本人名義に限ります。 カタカナでご記入ください。(姓と名の間は1マス空けて、濁点(°)、半濁点(°)は1字としてご記入ください。)		

必要書類

・医療費を自費で支払ったとき

- ①傷病名の記載がある【診療報酬明細書】
- ②診療の要した費用を証明した【領収証(領収明細)の原本】

・国民健康保険などの被保険者証を使用し、医療費の返還を行ったとき

- ①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せず封筒ごと添付)
- ②返還請求された金額を支払ったことを証明する【領収証の原本】

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

常務理事	事務長			担当者

支払年月日	年	月	日
支給額	円		

受付日付印	
-------	--

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	1. 被保険者      2. 家族 (被扶養者) → 続柄 (                      )		
	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 <input type="checkbox"/> (    )	年 月 日
	2 傷病名	3 発病または負傷年月日		
			<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> (    )	年 月 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)			
	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	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> (    ) 年 月 日	から	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> (    ) 年 月 日 まで 日数 日
6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> (    ) 年 月 日	から	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> (    ) 年 月 日 まで 日数 日	
7 療養に要した費用の額	_____ 円 (領収証の金額)			
8 診療の内容				
9 療養費の支給申請の理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため</li> <li>4. その他 [ (理 由) ]</li> </ul>			