

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	被保険者証の記号番号	記号	番号	事業所名	電話(内線)
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成
	住所	〒			
	電話番号等(日中の連絡先)	電話	()	メールアドレス	

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
	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	年 月 日から	日	左記の期間に入院をしていた場合はその期間	年 月 日から 年 月 日まで
	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	その事実の届出の有無	有 ・ 無

振込先情報	金融機関名称	銀行		本店	支店番号
		信用金庫		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】

- 診療報酬明細書(レセプト)(原本)
- 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

