

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	被保険者証等 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 年 月 日
	住所	〒			電話 ( )
	社員番号			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 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	年 月 日から 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	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
第三者の氏名と住 所(不明の時は、 その旨)			第三者が原因の 場合はその状況		

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)

※被保険者の振込先情報をご記入ください。

【添付書類】

- 診療報酬明細書(レセプト)(原本) ※領収書と一緒にもらえる診療明細ではありません。医療機関、調剤薬局に発行をご依頼ください。
- 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、医療機関に依頼し提出してください。

患者名  
傷病名

診療月  
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	入院			×	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		
			点		食事	円	×	回		
			点		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

( )

印