

健康保険 被保険者 療養費支給申請書【立替払用】

※医療機関、調剤薬局ごとに1ヶ月分を1件としてご記入ください

被保険者情報	被保険者証等 記号・番号	記号 1	番号 234	事業所名 〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678 (999)
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 昭和 平成 60年 4月 20日	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室 電話 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
	社員番号	〇〇〇〇〇〇	メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp

申請内容	受診者 (該当に〇)	本人(被保険者)・家族(被扶養者)	受診者氏名	健保 太郎	
	傷病名	インフルエンザ	受診者の 生年月日	昭和 平成 60年 4月 20日 令和	
	発病の原因 および経過	旅行先で高熱がでた。旅行先の病院で受診。			
	診療を受けた 医療機関名称	〇〇医院	診療を受けた 医療機関住所	福岡県〇〇市〇〇町〇-〇-〇	
	診療を受けた 期間	令和 元年 5月 2日から 令和 元年 5月 2日まで	1 日	左記の期間に入院 をしていた場合は その期間	
	療養に要した 費用	12,000	円	診療の内容	診察および投薬を受けた
	療養費の 支給申請の理由 (該当に〇)	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	〇〇〇	銀行	〇〇〇	本店	支店番号	123
	預金種別	普通	信用金庫	口座番号	支店	1234567	ケンポ タロウ

※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

(2024.11.29)

