

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書【立替払用】

被保険者情報	被保険者証の記号番号	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			
	電話番号等 (日中の連絡先)	電話 03 (〇〇〇〇) 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	年 月 日から 年 月 日まで
	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 当座	その他()	口座番号	0123456	口座名義 (カタカナ)	ケンポ タロウ

【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

