健康保険　被保険者／被扶養者　療養費支給申請書【立替払用】

受診者ごと、医療機関ごと、診療月ごとに1枚の用紙に記入してご提出ください。

※消えないボールペンでご記入ください。

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	○○○株式会社　○○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	〒　○○○－○○○○ 東京都○○区○○町1－1－2　△△マンション201号室		電話　03　（○○○○）○○○○	
社員番号	○○○○○○		メールアドレス	○○△△@○○○.ne.jp

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	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／令和　60年　4月　20日
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	○○医院	診療を受けた医療機関住所	福岡県○○市○○町○－○-○
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　日
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○）	1. 入社後すぐ医療機関等にかかり、健康保険の資格が確認できなかったため 2. 急病でやむを得ず健康保険の資格を確認できる書類を持参しないまま医療機関等にかかったため 3. その他（　　）		
通勤中や労務中に負傷しましたか	いいえ・はい	その事実の届出の有無	有・無
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	

※被保険者の振込先情報をご記入ください。（ゆうちょ銀行は記号番号を変換してからご記入ください）

振込先情報

金融機関名称	○○○	銀行／信用金庫	○○○	本店／支店	支店番号	123
預金種別	普通／当座　その他（　　）	口座番号	1234567	口座名義（カタカナ）	ケンポ　タロウ	

※書類が全て揃っているかチェックしてからご提出ください。

添付書類

添付書類が全て揃っていることを確認してからご提出をお願いいたします

☑診療報酬明細書（レセプト）（原本）もしくは『領収（診療）明細書（医師の証明）』（原本）

※領収書と一緒にもらえる診療明細（書）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）

※提出された添付書類はご返却いたしません。必要な場合は申請前にコピーをお取りください。

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

☐　公金受取口座を利用する場合はチェック☑して下さい。なお振込先情報欄へ記入された場合は記入口座を優先します。

受付日付印

（2026.5.11）

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
傷病

医療機関から診療報酬明細書(レセプト)を
発行してもらえない場合には、医療機関に
「領収(診療)明細書」の証明を依頼してください。

日

初診				入院		× 日間	点
	休日	回	点			× 日間	点
	深夜	回	点			× 日間	点
再診	再診	回	点			× 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			特定入院料・その他	
	深夜	回	点				
医学管理			点	食事生活	基準	円 ×	回
在宅			点		特別	円 ×	回
					食事	円 ×	回
					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　印
医療機関電話番号　(　)

(2026.5.11)