

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名		3 発病または 負傷年月日	令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) <input type="checkbox"/> 2. ケガ → 負傷の原因届を併せてご提出ください。		
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数
	6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数
	7 療養に要した費用の額	円		
8 診療の内容				
9 療養の給付を受けることが できなかった理由	<input type="checkbox"/> 1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため <input type="checkbox"/> 9. その他 (理由)			

【添付書類】 ①領収書の原本 ②診療明細書(患者名、傷病名、診療年月日、診療内容の記載があるもの)

注) 治療用器具、はり・きゅう、あんま・マッサージ、海外、骨髄液又は臍帯血の搬送に係る申請は、別途専用の「療養費支給申請書」をご使用ください。