

健康保険 被保険者 療養費支給申請書【立替払用】
家 族

被保険者証の記号番号	記号 番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	被保険者 資格取得日	平成 令和	年	月	日	
被保険者氏名	フリガナ											
被保険者住所	〒 電話 ()											
療養が被扶養者のときは、その者の氏名	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成	年	月	日					
振込先口座	<input type="checkbox"/> マイナポータルで事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) ※口座情報の反映には登録から数日を要します。											
※被保険者(従業員)の口座以外には振込不可	銀行	支店	普通 当座	No.								
口座名義(カナ)												
発病又は負傷年月日	令和	年	月	日	傷病名							
発病又は負傷の原因及び経過							第三者の行為によるものですか	いいえ ・ はい				
診療を受けた医療機関	名称					診療を担当した医師名						
	所在地											
診療の期間(支給期間)	自	年	月	日	日数	区分	入院の場合左記の入院期間			診療に要した費用の額		
	至	年	月	日	日	入院外 入院	自令和	年	月	日	日間	※領収書を添付すること 円
診療の内容												
療養費の支給申請の理由(該当に○)	1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため 2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため 4. その他 ()											

【添付書類】

- 診療報酬明細書(レセプト)(原本) ※レセプトの添付が不可能な場合は、2枚目の領収(診療)明細書(医師の証明)をもらってください。
- 領収書・明細書(原本)

令和 年 月 日提出
受付日付印

