

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
 家 族
 (立替払等)

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者の記号・番号			被保険者の氏名			生年月日			
	記号	〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇	(フリガナ) ケンコウ タロウ			昭和	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
					健康 太郎			平成	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	被保険者の住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇			電話番号 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇			〇〇県〇〇市〇〇〇町 〇丁目〇〇番〇〇〇号		
	事業所の名称	〇〇〇〇〇〇〇〇株式会社								
	受診者が被扶養者の場合は、その方の	氏 名			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者からみた続柄		
	傷病名	インフルエンザ			発病又は負傷の年月日		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	(負傷の場合は 時頃)		
	発病または負傷の原因及びその経過	旅行中急に発熱した								
	第三者行為による負傷ですか	はい ・ いいえ			工作中(業務上、通勤途中)による負傷ですか			はい ・ いいえ		
	診療を受けた病院等	名称	〇〇病院			担当医師氏名		〇〇 〇〇		
所在地		〇〇市〇〇町〇丁目〇〇-〇〇								
診療の内容										
診療区分	入院 ・ 外来			入院の場合入院期間						
診療に要した費用の額	25,000 円			令和 年 月 日から		日間				
				令和 年 月 日まで						
療養の給付を受けることができなかった理由	1. 加入手続き中で保険証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し保険証を持っていなかったため 3. 誤って当健康保険組合以外の保険証を使用してしまったため 4. 生血の費用を支払ったため 5. その他〔 〕									
支払金融機関	金融機関名	支店名または店名		口座種別	口座番号			口座名義人(カタカナ)		
	〇〇銀行	〇〇支店		普通 当座	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇			ケンコウ タロウ		

(添付書類についての注意)

療養の給付を受けることができなかった理由が、

2. の 場 合 ・ 病院で支払った際の領収書(原本)
 - ・医療機関(調剤分は調剤薬局)発行の「診療明細書」の原本または裏面「領収(診療)明細書」に医療機関(調剤分は調剤薬局)にて内容の証明を受けたもの
3. の 場 合 ・ 医療費を返還した際の領収書(原本)
 - ・診療報酬明細書(レセプト) ※封を開けずに添付してください。
4. の 場 合 ・ 生血代金の領収書(原本)
 - ・輸血を必要とする医師の証明書(原本)

受付日付印

(R7.1)