

常務理事	事務長		係

1

2

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者(申請者)記入用

被保険者 (申請者) 情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号	番号	事業所名		
	氏名	(フリガナ)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	住所	(〒 -)				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()			
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。						

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

添付書類	
医療費を自費で支払ったとき	<input type="checkbox"/> 領収書 <原本> <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書(レセプト) <原本> <input type="checkbox"/> 調剤報酬明細書(レセプト) <原本>
国保・他の保険者の健康保険を使用し 医療費の返還を行ったとき	<input type="checkbox"/> 前健保の領収書又は返納書 <原本> <input type="checkbox"/> 前健保発行の診療報酬明細書(レセプト) <写し>
生血液の輸血したとき	<input type="checkbox"/> 輸血証明書 <原本> <input type="checkbox"/> 領収書 <原本>

健保記入欄						
受付年月日	令和	年	月	日	資格取得	昭・平・令 年 月 日
同年月日	令和	年	月	日	資格喪失	令和 年 月 日
決裁年月日	令和	年	月	日	支払年月日	令和 年 月 日
支給金額				円	支払区分	7割 8割 9割

(R8.4版)

受付日付印

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"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 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"/> 病気 (原因および経過) <input type="checkbox"/> ケガ → 負傷原因報告書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 日から	令和 年 月 日まで	日数 日
	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 日から	令和 年 月 日まで	日数 日
	7 療養に要した費用の額	_____ 円		
8 診療の内容				
9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 (理由) _____			

(R8.3版)