

注意!!

申請書は受診者ごと・医療機関ごと・受診月ごとに1枚必要です。
また、調剤薬局分は、処方箋発行元医療機関と合わせて1枚で結構です。

健康保険 **被保険者
被扶養者** 療養費支給申請書【立替払用】

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678 (999)
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ	健保 太郎	生年月日	昭和 ●●年●●月●●日 平成
	申請者住所電話番号等(日中の連絡先)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室			
	社員番号	1234567	メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.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 ●●年●●月●●日 平成 令和
	発病の原因および経過	高熱のため、急ぎで旅行先の病院で受診した。		
	診療を受けた医療機関名称	〇〇医院	診療を受けた医療機関住所	福岡県〇〇市〇〇町〇-〇-〇
	診療を受けた期間	令和●●年●●月●●日から 令和●●年●●月●●日まで ●●日	左記の期間に入院を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
	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. 入社したばかりで被保険者証が届いていなかったため 2. 被保険者証を持っていなかったが急病でやむを得ず医療機関にかかったため 3. 以前の被保険者証を使用したため 4. その他()		
交通事故等第三者が原因ですか	いいえ・はい	業務上、通勤途上によるものですか	いいえ・はい	

※受領委任する場合は、委任状を提出してください。

委任状	本申請に基づく給付金に際して	被保険者以外への給付を希望する場合は委任状欄をご記入ください。 基本的に被保険者(従業員)の口座への給付となります。
	被保険者(申請者)	
	代理人(実際に給付を受領)	

振込先情報	金融機関コード	●●●	支店コード	▲▲▲	
	金融機関名称	●●	銀行 信用金庫	▲▲ 本店 支店	
	預金種別	普通 当座 ()	口座番号	1234567	口座名義(カタカナ)

【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)明細書に医師の証明をもらってください。
- 領収書(原本)

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	

受付日付印

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に提出してください。

患者名	診療月
傷病名	診療実日数

初診	初診	回	点	入院	入院年月日			年	月	日
					病	診	入院基本料・加算			
	時間外	回	点			×	日間		点	
	休日	回	点			×	日間		点	
	深夜	回	点			×	日間		点	
	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							
	深夜	回	点							
	医学管理		点		基準	円	×	回		
	在宅		点		特別	円	×	回		
					食事	円	×	回		
					環境	円	×	回		
	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							
	皮下筋肉内	回	点							
	静脈内	回	点							
	その他	回	点							
	処置	回	点							
	手術	回	点							
	麻酔	回	点							
	検査	回	点							
	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

医療機関電話番号

()