

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払等)

1

2

ページ



医療機関窓口で療養費の全額を支払い、払い戻しを受ける場合等にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

被保険者(申請者)情報
被保険者証 記号(左づめ) 番号(左づめ) 生年月日
氏名(カタカナ)
氏名
郵便番号(ハイフン除く) 電話番号(左づめハイフン除く)
住所

振込先指定口座
金融機関名称 支店名
預金種別 口座番号(左づめ)

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。

2ページ目に続きます。 >>>

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認(被保険者)
添付書類: 領収書, 診療費用, 負担割合, 診療明細(レセプト), 戸籍(法定代理), 口座証明
申請内容: 診療期間, 申請理由, 入院外来
その他

受付日付印

(2022.10)

健康保険被保険者家族療養費支給申請書(立替払等)

被保険者氏名

①-1 受診者

1. 被保険者
2. 家族(被扶養者)

①-2 ① 受診者の氏名
(カタカナ)

[Grid for name entry]

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(ゝ)は1字としてご記入ください。

①-3 受診者の生年月日

1. 昭和
2. 平成
3. 令和 [Grid] 年 [Grid] 月 [Grid] 日

② 傷病名

③ 発病または
負傷年月日

1. 平成
2. 令和 [Grid] 年 [Grid] 月 [Grid] 日

④-1 傷病の原因

1. 仕事以外(業務外)での傷病
2. 工作中(業務上)での傷病
3. 通勤途中での傷病 } → ④-2へ

④-2

労働災害、通勤災害の
認定を受けていますか。

1. はい
2. 請求中
3. 未請求

⑤ 傷病の原因は第三者の
行為(交通事故やケンカ
等)によるものですか。

1. はい
2. いいえ

「1. はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。

申請内容

⑥-1 診療を受けた
医療機関等の名称

⑥-2 診療を受けた
医療機関等の所在地

⑥-3 診療した医師等
の氏名

⑦ 診療を受けた期間

令和 [Grid] 年 [Grid] 月 [Grid] 日 から 令和 [Grid] 年 [Grid] 月 [Grid] 日

⑧ 療養に要した費用
の額(右づめ)

[Grid] 円

⑨ 診療の内容

⑩ 療養費申請の理由

1. 被保険者証を持参できなかったことにより、医療費を全額自己負担したため
2. 他の保険者の被保険者証を使用し、医療費を返還したため
3. 入院時の食事代の差額を申請するため
9. その他

『健康保険療養費支給申請書(立替払等)記入の手引き』をご確認ください。

[Grid: 6 6 1 2 1 1 0 1]