

健康保険 被保険者 療養費支給申請書【立替払用】
被扶養者

被保険者情報	被保険者等 記号番号	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話(内線)
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒			電話 ()
	社員番号			メールアドレス	

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	
	傷病名			受診者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日
	発病の原因 および経過				
	診療を受けた 医療機関名称			診療を受けた 医療機関住所	
	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	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()			
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	
※「はい」の場合は、別途届出が必要です。					

※在職者は、委任状欄に記入してください。

委任状	<input type="checkbox"/> ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック☑して下さい。 <input type="checkbox"/> ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者 (申請者)	氏名
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏名

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

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	その他 ()	口座番号	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 (被保険者等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 _____
傷病名 _____

診療月 _____
診療実日数 _____

診療項目	回数	点	入院	入院年月日					
				年	月	日			
初診	初診	回	点	入院	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	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		特定入院料・その他				
深夜	回	点							
医学管理		点	食事生活		基準	円	×	回	
在宅		点		特別	円	×	回		
		点		食事	円	×	回		
		点	環境	円	×	回			
投薬	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						
注射	皮下筋肉内	回	点						
	静脈内	回	点						
	その他	回	点						
処置	処置	回	点						
手術 麻酔	手術	回	点						
	麻酔	回	点						
検査	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

()

被保険者情報	被保険者等 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 平成 ●●年●●月●●日
	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 電話 03 (7891) 2345			
	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 平成 ●●年●●月●●日	
	発病の原因 および経過	高熱のため、急きょ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●●日から ●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. 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()			
交通事故等 第三者が原因 ですか	いいえ はい ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。	業務上、通勤途上 によるものですか	いいえ はい ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい。

委任状	<input checked="" type="checkbox"/> ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック☑して下さい。	令和●●年●●月●●日
	<input type="checkbox"/> ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。	
	被保険者 (申請者)	氏名 健保 太郎
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏名

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

振込先情報	金融機関コード		任意継続被保険者・退職者以外は、 委任状欄にご記入ください。 任意継続被保険者・退職者は、 振込先情報欄にご記入ください。	本店 支店
	金融機関名称			
	預金種別	普通 其の 当座 ()		

【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(被保険者等記号番号を記入した場合は記入不要)		受付日付印
	※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		

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
傷病

医療機関から診療報酬明細書(レセプト)を発行してもらえない場合には、医療機関に「領収(診療)明細書」の証明を依頼してください。

診療項目	回数	点	入院	入院年月日				
				年	月	日		
初診	初診	回	点	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	再診	回	点	病診	×	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		×	日間	点	
	深夜	回	点	特定入院料・その他				
医学管理		点	食事生活	基準	円	×	回	
在宅		点		特別	円	×	回	
投薬	内服	単	点	食事生活	食事	円	×	回
	屯服	単	点		環境	円	×	回
	外用	単	点		基準(生)	円	×	回
	処方	回	点		特別(生)	円	×	回
	麻毒	回	点		減・免・猶・I・II・3月			
	調基		点					
注射	皮下筋肉内	回	点					
	静脈内	回	点					
	その他	回	点					
処置	処置	回	点					
手術 麻酔	手術	回	点					
	麻酔	回	点					
検査	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

()