

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	記号 番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください <div></div> <div></div> <div></div>		
氏名	(フリガナ)	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年 月 日
住所	(〒)	都 道 府 県		
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。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)				

振込先指定口座

<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。</small>				
金融機関 名称	<div>銀行 金庫 信組 本店 支店</div> <div>農協 漁協 出張所</div> <div>その他 () 本所 支所</div>			
預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

生年月日

1. 昭和 2. 平成 3. 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)

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 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 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

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

9. その他

(理 由)

【添付書類について】

申請事由	添付書類
やむを得ない理由により、保険証を提出することができず 自費で診療を受けたとき	①診療明細書の原本、薬を処方された方は調剤明細書の原本 ※上記の添付が難しい場合は別紙「領収(診療)明細書」に医療機関等 にて診療内容の証明を受けたもの ※申請内容に応じて診療報酬明細書（レセプト）の提出が必要になる ことがあります。 ②領収書の原本
国民健康保険など他の保険者の 保険証を使用し、医療費の 返還を行ったとき	①診療報酬明細書（レセプト）の写し ※封を開けずに添付してください ②医療費を返還した際の領収書の原本
生血	①輸血証明書の原本 ②領収書の原本

※健康保険の給付を受ける権利は2年間で消滅します。

療養費の時効の起算日については「療養に要した費用を医療機関等に支払った日の翌日(当該療養を受けた日の翌日)」となります。