

健康保険 被保険者 家族 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(申請者)情報	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		
	被保険者等記号・番号				
	氏名	(フリガナ)	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	
	住所	(〒 一)	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	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	口座名義 (カタカナ)	<small>▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください</small>				

「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 家族 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)

名称

所在地

診療した医師等の氏名

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

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

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 療養費の支給申請の理由

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	<p>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。</p> <p>②領収書の原本</p>
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	<p>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</p> <p>②医療費を返還した際の領収書の原本</p>
生血	<p>①輸血証明書の原本</p> <p>②領収書の原本</p>

※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。