

# 健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書（立替払用）

被保険者証の記号・番号		③ 被保険者 (申請者)の 氏名	(フリガナ)		④ 被保険者の生年月日						
①	②		昭和	年	月	日	平成				
⑤ 被保険者(申請者)の住所		都 道 府 県				電 話 番 号					
〒											
事業所の 名称	⑥ 任意継続被保険者 <input type="checkbox"/> 特例退職被保険者 <input type="checkbox"/>			⑦ 所在地	※任意継続・特例退職被保険者の方は記入不要です						
療養が被扶養者に関する ときはその方の	⑧ 氏名			⑨ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	⑩ 被保険者 との続柄		
⑪ 傷 病 名					⑫ 発病または負傷年月日 (療養開始日)		⑬ 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
							「はい」のときは第三者行為の 傷病届を提出してください				
⑭ 発病または負傷の原因 およびその経過		※ いつ、どんな時に、どのような発病・負傷をしたのか等記載してください。									
診療を受けた 医療機関等	⑮ 名称				⑯ 診療した医師氏名						
	⑰ 所在地										
⑱ 診療の期間 (支給期間)	自	年	月	日	⑲ 入院・入院外の別	⑳ 入院 期間	自	年	月	日	
	至	年	月	日			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	至	年	月	日
㉑ 保険診療を 受けられな かった理由	<input type="checkbox"/> 保険証交付前の受診					㉒ 診療に要した費用の額(領収書の額)					
	<input type="checkbox"/> 他保険者(国保等)に無資格診療費を支払ったため					円					
		<input type="checkbox"/> その他 ( )					㉓ 診療の内容				
㉔ 医療費の 助成について	<input type="checkbox"/> 受けている(名称: 助成期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)										
	<input type="checkbox"/> 受けていない										

㉕ 給付金の振込口座等 (※在職中の方は、事業所に振り込みますので記載の必要はありません。)

金 融 機 関	銀 行      信用金庫		預金種目		口座名義(カタカナで記入してください)					
	信用組合      農 協		<input type="checkbox"/> 普通 (総合口座)							
	労働金庫			<input type="checkbox"/> 当座	口座番号(数字7ケタ)					
	本店	店番号(3ケタ)								
	支店									
	出張所									

添付書類  
(または2のいずれか)

1. 診療報酬明細書と領収書(原本)
2. 領収・診療明細書 (※医療機関等での記入が必要)

令和 年 月 日 提出

受 付 日 付 印

社会保険労務士記載欄	
------------	--

被保険者証の記号・番号			④ 被保険者の (申請者) 氏名	(フリガナ)
①	②	③		

患者名		傷病名	
-----	--	-----	--

入院外				入院			
初診	時間外・休日・深夜	回		初診	時間外・休日・深夜	回	
再診	再診 外来管理加算 時間外 休日 深夜	× × × ×	回 回 回 回	投薬	内服 外用 調剤 麻酔	× × × ×	単位 単位 日 日
指導				注射	皮下筋肉内 静脈内 その他	回 回 回	
在宅	往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬剤	回 回 回 回		処置	薬 剤	回 回	
投薬	内服 { 薬 剤 } 頓服 { 薬 剤 } 外用 { 薬 剤 } 処方 麻酔 毒基	× × × ×	単位 単位 単位 回 回	手術・酔	薬 剤	回 回	
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他	回 回 回		検査	薬 剤	回 回	
処置	薬 剤	回 回		画像診断	薬 剤	回 回	
手術・酔	薬 剤	回 回		その他	薬 剤	回	
検査	薬 剤	回 回		入院	入院年月日	年 月 日	
画像診断	薬 剤	回 回		入院	病診衣	× × ×	日間 日間 日間
その他	処方せん 薬 剤	回 回		入院	入院時医学管理料	× × ×	日間 日間 日間
合計		円		入院	特定入院料・その他		
				食事	基準	円 × 円 × 円 ×	日間 日間 日間
				合計			円

(備考) すでに申請の対象となる費用については領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。  
 (添付書類についての注意)  
 (1) 歯科診療に関する申請のときは、別の領収書をつけてください。  
 (2) 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」および「血液代金の領収書」をつけてください。

上記のとおり領収（診療）いたしました。  
 年 月 日  
 住所 〒  
 医師の氏名

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--