

健康保険（被保険者・被扶養者）療養費支給申請書【立替払用】

■についてはプルダウンで選択してください

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	株式会社●●××部▲▲ユニット 電話 XXX(XXXX)XXXX
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日	平成3年12月22日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒 123-4567 ●●●●県XXXX市▲▲▲町 1-2-3 ◆◆◆マンション XXX号 電話 ()			
	社員番号	1234567		メールアドレス	●●@XXXXX

申請内容	受診者	本人(被保険者)		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	平成3年12月22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	●●病院		診療を受けた医療機関住所	●●県XX市▲▲1-1-1	
	診療を受けた期間	平成31年4月1日 から 90 日 令和1年6月30日 まで		左記の期間に入院をしていた場合はその期間	令和1年5月4日 から 29 日 令和1年6月2日 まで	
	療養に要した費用	30,000 円		診療の内容	入院治療、投薬	
	療養費の支給申請の理由	② ①入社したばかりで被保険者証が届いていなかったため ②被保険者証を持っていなかったが、急病でやむを得ず医療機関を受診したため ③以前の被保険者証を使用したため ④その他()				
交通事故等第三者が原因ですか	いいえ		業務上、通勤途上によるものですか	いいえ		
		※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		

※在職中の皆様には事業所(会社)経由での給付金の受け取りを原則としております。

【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)

上記のとおり申請いたします。

令和 ○年 ○月 ○日

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。

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。

	床夜	回	点			×	日間	点
再診	再診	回	点	入院		×	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
			点		食事	円	×	回
			点		環境	円	×	回
投薬	内服	単	点	基準(生)				
	屯服	単	点	特別(生)				
	外用	単	点	減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月				
	処方	回	点					
	麻毒調基	回	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 ()