

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
家 族

立替払・治療用装具

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏 名	(フリガナ)		生年月日	年 月 日
	住 所	〒 ー		電話番号 (日中の連絡先)	()
				提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は ☒)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

※給付金の振込先は、被保険者口座または勤務先のいずれかになります。
被保険者口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、**通帳の写し**または、**キャッシュカードの写し**を添付してください。
勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者と受任者がそれぞれご記入ください。

振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)			

委 任 状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。	令和 年 月 日
	氏 名		
	住 所		
	受任者 (事業主)	事業所名	
	氏 名		

申 請 内 容	受診者(どちらかに <input checkbox"="" checked="" type="checkbox/>)</td><td><input type="/> 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)	第三者行為に よるものですか	はい・いいえ	
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	年 月 日 続柄()
	傷病名		発病又は負傷年月日 (療養開始日)	年 月 日
	発病又は負傷の 原因及びその経過 (けがの場合は、どこで どのように負傷されたか)	原因		
		経過		
	診療を受けた病院等	名称		
		所在地	診療した医師の氏名	
	診療期間(支給期間)	年 月 日 から	年 月 日 まで	(日数 日)
	上記期間に入院して いた場合はその期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	(日数 日)
	療養に要した費用	円	診療の内容	
療養の給付を受ける ことができなかった理由				

同意欄	この申請に係る健保組合からの問合せを事業所の担当者を通じて行うことに同意します。 被保険者(申請者)氏名
-----	---

受付日付印

※訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名(サイン)をご記入ください。

診療明細書（別紙）

立替払用

患者氏名		傷病名	1)	診療期間	令和	年	月	日	から
			2)		令和	年	月	日	まで
			3)		(診療実日数 日)				

入院外

初診	時間外・休日・深夜	回
再診	再診	× 回
	外来管理加算	× 回
	時間外	× 回
	休日	× 回
	深夜	× 回
指導		
在宅	往診	回
	夜間	回
	深夜・緊急	回
	在宅患者訪問療養	回
	その他	
投薬	薬剤	回
	内服薬剤	単位
	調剤	× 回
	屯服薬剤	単位
	外用薬剤	単位
	調剤	× 回
	処方	× 回
	麻毒調基	回
注射	皮下筋肉内	回
	静脈内	回
	その他	回
処置		回
	薬剤	回
手術麻酔		回
	薬剤	回
検査		回
	薬剤	回
画像診断		回
	薬剤	回
その他	処方箋	回
	薬剤	回
合 計		円

入 院

初診	時間外・休日・深夜	回
投薬	内服	単位
	屯服	単位
	外用	単位
	調剤	日
	麻毒調基	日
注射	皮下筋肉内	回
	静脈内	回
処置		回
	薬剤	回
手術麻酔		回
	薬剤	回
検査		回
	薬剤	回
画像診断		回
	薬剤	回
その他	薬剤	回
入院	入院年月日	年 月 日
	病・診・衣	入院基本料・加算
		× 日間
		× 日間
		× 日間
		× 日間
× 日間		
特定入院料・その他		
食事	基準	
	円 × 日間	
	円 × 日間	
	円 × 日間	
	円 × 日間	
合 計		円

上記のとおり診療いたしました。	令和 年 月 日
所在地	
名 称	
医師の氏名	
電話番号	