

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

(立替払等)

被保険者が記入するところ	①被保険者証の記号・番号		記号 ○ - ○○○○○○○	②被保険者(申請者)の氏名		丸井 太郎		③生年月日		○○年 ○月 ○日		
	④被保険者の住所		〒 000-0000		東京都○○区○○ ○-○-○		TEL 000(0000) 0000					
	⑤事業所の名称		※保険証の事業所名を記入									
	⑥受診者が被扶養者の場合		氏名	丸井 花子		生年月日	○○年 ○月 ○日		被保険者との続柄	妻		
	⑦傷病名		医師の診断名				⑧第三者行為によるものですか		いいえ ・ はい <small>「はい」の場合は健保へ連絡してください↑</small>			
	⑨発病または負傷の原因及びその経過		(いつ)	○○年 ○月 ○日		(原因及び経過)						
			※(どこで何をしていた負傷した等)できるだけ詳しく記入してください									
	⑩診療を受けた医療機関		名称	○○病院			診療を担当した医師名	○○○○				
			所在地	○○都○○区○○ ○-○-○								
	⑪診療期間		自	○○年 ○月 ○日	入院の場合はその期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日間		
	⑫診療の内容		※詳しく記入してください									
	⑬療養の給付を受けることができなかった理由		①保険証を持っていなかったため (※保険証を紛失して手元になかった等、理由を記入してください) 2.誤って前の保険証を使用したため 3.その他()									

振込口座	⑭ ○ ○ 銀行 ・信組 ○ ○ 支店			
	金庫・農協		出張所	
	預金種別	口座番号	フリガナ	マルイ タロウ
<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	○○○○○○○○	口座名義	丸井 太郎	

備考

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーで申請の場合は備考欄へご記入ください。マイナンバー記載の場合は個人番号、本人確認の添付書類が必要です。

●給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、下欄に記入してください。

受取代理人の欄	⑮本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
	被保険者 住所	
	(請求者) 氏名	
	代理人 住所	
	代理人 氏名	
	※委任者と代理人の関係()	

受付日付印

被 保 険 者 記 載 欄	⑩保険給付に関する照会の同意		
	丸井健康保険組合 理事長殿		
	私は、丸井健康保険組合が療養費の支給に関して関係諸機関に照会することに同意いたします。 なお、本書の写しも有効といたします。		
	令和〇〇年〇〇月〇〇日	氏名	丸井 太郎

領収(診療)明細書

患者名		傷病名	
入院外		入院	
初診	時間外・休日・深夜	初診	
再診	× 回	投薬	単位
外来管理加算	× 回	内服	単位
時間外	× 回	頓服	単位
休日・深夜	× 回	外用	単位
指導		注射	単位
投薬		皮下筋肉内	回
内服		静脈内	回
頓服		その他	回
外用		処置	回
処方		薬剤	
注射		手術	回
皮下筋肉内	回	手術	回
静脈内	回	薬剤	
その他	回	検査	
処置		薬剤	
薬剤		画像	
手術		画像診断	
手術		薬剤	
検査		その他	
薬剤		薬剤	
画像		入院	
画像診断		入院年月日	年 月 日
薬剤		入院基本料・加算	円
処方箋		× 日間	食事
その他		× 日間	円 × 日間
合計	円	合計	円
上記のとおり領収(診療)いたしました。			
令和 年 月 日			
医療機関の所在地			
医療機関の名称			
医師の氏名			
〒 ()			

添 付 書 類	① 診療報酬明細書(傷病名、薬剤名、検査名等記載のあるもの)
	※会計時に受取る診療明細書ではありません。医療機関等へ発行を依頼してください。
	② 領収書(原本)