健康保険　被保険者 被扶養者　療養費支給申請書【立替払用】

※提出先は各事業所担当者です

被保険者情報	被保険者等の記号番号	記号	番号	所属事業所及び部署名	電話(内線)
	氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	昭和 平成　年　月　日
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒		電話　(　)	
	社員番号			ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	

申請内容	受診者 (該当に○)	本人(被保険者) ・ 家族(被扶養者)	受診者氏名	
	傷病名		受診者の生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
	発病の原因および経過			
	診療を受けた医療機関名称		診療を受けた医療機関住所	
	診療を受けた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日	左記の期間に入院をしていた場合はその期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日
	療養に要した費用	円	診療の内容	
	療養費の支給申請の理由 (該当に○)	1. 資格確認書が届いていなかったため 2. その他(　)		
	交通事故等第三者が原因ですか	いいえ ・ はい	第三者が原因の場合はその状況	

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	□①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。　←該当するものにチェック☑して下さい。			
	□②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。　令和　年　月　日			
	被保険者 (申請者)	氏 名		
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏 名		

振込先情報	金融機関名称	銀　行 信用金庫	本店 支店	支店番号		
	預金種別	普通 当座	その他(　)	口座番号	口座名義 (カタカナ)	

【添付書類】

1. 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。

2. 領収書(原本)

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。

患者名　　診療月

傷病名　　診療実日数

初診	初診	回	点	入院	入院年月日	年 月 日	
	時間外	回	点		病 診	入院基本料・加算	
	休日	回	点			× 日間	点
	深夜	回	点			× 日間	点
再診	再診	回	点			× 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	
					食事	円 × 回	
					環境	円 × 回	
投薬	内服	単	点	基準(生)		円 × 回	
	屯服	単	点	特別(生)		円 × 回	
	外用	単	点	減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月			
	処方	回	点				
	麻毒	回	点				
	調基		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　　(　　)