

健康保険 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書【立替払用】

被保険者（申請者）	健康保険の 記号番号	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名（自署）	フリガナ						
申請者住所 電話番号 等 （日中の連絡先）	〒 電話 （ ）							

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. 健康保険の資格が確認できず10割負担で医療機関等を受診した 2. 資格喪失後に以前の健康保険で医療機関を受診した 3. 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			

※被保険者（申請者）名義の口座について、いずれかご記入ください。

振込口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を希望する（希望者は ☒ 、希望しない場合は下記に記入）				
	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	口座番号	口座名義 （カタカナ）	

備考	個人番号（健康保険の記号番号が不明な場合のみ記入）	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①個人番号カード（両面）の写し ②運転免許証やパスポートの写し、および個人番号記載の住民票原本（①が提出できない方のみ）	
添付書類	1. 診療報酬明細書（レセプト） ※医療機関、調剤薬局で交付を受けてください。領収書と併せて発行される診療明細書は申請に使用できません。 2. 領収書（原本） ※領収書の返却はいたしません。医療費助成で使用する場合はあらかじめコピーをお取りください。	

受付日付印