



健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1 2 被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名 健保 太郎

申請内容	1 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	健保 花子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 63年 11月 19日
	2 傷病名	右手首骨折		3 発病または 負傷年月日 令和 6年 5月 3日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	2 1. 病気 (原因および経過) 県外に旅行中に行った際、街並みを散策中躓いて転倒した 時に地面に手を強くついたため 2. ケガ		
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		××クリニック	愛媛県松山市〇〇町2-1	△△ 二郎
	6 診療を受けた期間	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数
6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数	
7 療養に要した費用の額	18,900 円			
8 診療の内容	診察・治療			
9 療養費の支給申請の理由	2 1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 4. 入院時の食事代の差額を申請するため (理由) 9. その他			

添付書類  
 ・診療報酬明細書(原本)  
 診療の内容、傷病名が記載されているもの(診療を受けた医療機関等で発行されます)  
 ・領収(明細)書(原本)