

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払等)



医療機関窓口で医療費の全額を支払い、払い戻しを受ける場合等にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

被保険者(申請者)情報
記号(左づめ) 番号(左づめ) 生年月日
被保険者証
氏名(カタカナ)
氏名
郵便番号(ハイフン除く) 電話番号(左づめハイフン除く)
住所

振込先指定口座
金融機関名称 支店名
預金種別 口座番号(左づめ)

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

2ページ目に続きます。 >>>

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認(被保険者)
添付書類: 領収書, 診療費用, 負担割合, 診療明細(レセプト), 戸籍(法定代理), 口座証明
申請内容: 診療期間, 申請理由, 入院外来
その他 枚数

受付日付印

(2022.10)

被保険者氏名

申請内容	①-1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)																					
	①-2 ① 受診者の氏名 (カタカナ)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。</p>																					
	①-3 受診者の生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和																					
	② 傷病名	<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 令和																					
	④-1 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 1. 仕事以外(業務外)での傷病 <input type="checkbox"/> 2. 工作中(業務上)での傷病 <input type="checkbox"/> 3. 通勤途中での傷病 } → ④-2へ																					
	④-2 労働災害、通勤災害の 認定を受けていますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. 未請求																					
	⑤ 傷病の原因は第三者の 行為(交通事故やケンカ 等)によるものですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ																					
	⑥-1 診療を受けた 医療機関等の名称																						
	⑥-2 ⑥ 診療を受けた 医療機関等の所在地																						
⑥-3 診療した医師等 の氏名																							
⑦ 診療を受けた期間	令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 から 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日																						
⑧ 療養に要した費用 の額(右づめ)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table> 円																						
⑨ 診療の内容																							
⑩ 療養費申請の理由	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者証を持参できなかったことにより、医療費を全額自己負担したため <input type="checkbox"/> 2. 他の保険者の被保険者証を使用し、医療費を返還したため <input type="checkbox"/> 3. 入院時の良事代の差額を申請するため <input type="checkbox"/> 9. その他																						

「健康保険療養費支給申請書(立替払等)記入の手引き」をご確認ください。

6
6
1
2
1
1
0
1