

健康保険 被保険者 療養費支給申請書【立替払い等】

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください											
	氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日							
	住所	(〒 —)		TEL	()										

申請内容	受診者が家族(被扶養者)の場合はその方の	氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄		
	傷病名				発病または負傷年月日	令和	年	月	日			
	発病の原因および経過	☐ 病気 (原因・経過) ☐ ケガ ⇒ ※別紙「負傷原因届」を併せてご提出ください。										
	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					
		名称	所在地				診療した医師等の氏名					
	診療を受けた期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日数	日
	上記の期間に入院していた場合は、その期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日数	日
療養費の支給申請の理由	☐ 1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため ☐ 2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため ☐ 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返納した医療費を療養費として申請するため ☐ 4. 海外で受診したため 渡航期間 (令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日) 渡航目的・海外滞在の理由 () ☐ 5. その他 (理由) ()											
同意欄	保険給付決定に必要なが生じた場合、療養を受けた医療機関(海外を含む)等に、健康保険組合が文書等により当該申請内容等について照会することに同意します。 被保険者氏名											

振込先指定口座	※振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定下さい。											
	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。公金受取口座が正しく登録されているかご確認ください。											
	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別	口座番号(左づめでご記入ください)						口座名義 (カタカナ)		
		1.普通 2.当座										

【添付書類】

- ◇医療費を自費（10 割負担）で支払った場合
- 1.医療機関等で交付を受けた診療報酬明細書の原本 [傷病名が記載されていない領収・明細書は不可]
- 2.領収書の原本
- ◇国民健康保険・全国健康保険協会等に返納した医療費を請求する場合
1. 診療報酬明細書（封筒に入っている場合は開封しないでください）又は診療報酬明細書の交付依頼同意書
2. 市町村・健康保険協会等が発行した領収書（払込通知書等）の原本
- ◇生血液を輸血した場合
- 1.輸血証明書（輸血を必要と認めた医師の証明書 ※輸血回数が記載されたもの）
- 2.領収書の原本（輸血にかかる費用や移送にかかった費用の額の内訳が記載されているもの）
- (注) 傷病が第三者の行為によるときは、「第三者行為による傷病届」を添付してください。