

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

申請内容

1 受診者

被保険者

家族(被扶養者)

1-1 家族の場合は
その方の

氏名

生年月日

昭和
平成
令和

年 月 日

2 傷病名

3 発病または
負傷年月日

平成
令和

年 月 日

4 発病の原因
および経過
(詳しく)

病気

ケガ

発病時の状況

負傷原因届を併せてご提出ください

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

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた
期間

平成
令和

年 月 日

から

年 月 日

日数

まで

日

6-1 上記の期間に
入院していた場合
は、その期間

平成
令和

年 月 日

から

年 月 日

日数

まで

日

7 療養に要した
費用の額

万 千 百 拾 円

8 診療の内容

9 療養費の支給
申請の理由
該当する番号を記入

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、返還した医療費を療養費として申請するため
4. その他 [理由]