健康保険 被保険者 療養費支給申請書【立替払用】
被扶養者

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 2000	番号 〇〇〇〇	所属事業所名 株式会社 セールスフォース・ジャパン
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日 平成6年11月17日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒 123-4567 東京都 〇〇区 ×× 1-2-3		電話 090 (△△△△) ××××
	社員番号	〇〇〇〇		メールアドレス ××××@◆◆.co.jp

申請内容	受診者 (該当に○)	本人(被保険者)・ <u>家族(被扶養者)</u>	受診者氏名 健保 一郎	
	傷病名	インフルエンザ	受診者の 生年月日 令和2年1月10日	
	発病の原因 および経過	旅行先で急遽発熱したため医療機関を受診した		
	診療を受けた 医療機関名称	〇〇〇クリニック	診療を受けた 医療機関住所	××府〇〇市△△1-2-3
	診療を受けた 期間	令和5年4月1日から 令和5年4月1日まで	1 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
	療養に要した 費用	7,900 円	診療の内容	診察および投薬を受けた
	療養費の 支給申請の理由 (該当に○)	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. <u>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</u> 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()		
交通事故等 第三者が原因 ですか	<u>いいえ</u> ・ はい	業務上、通勤途上 によるものですか	<u>いいえ</u> ・ はい	
※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		

※給与口座以外の口座へお振込み希望の場合は下記にご記入ください。

振込先情報	金融機関コード		支店コード	
	金融機関名称	銀行 信用金庫		本店 支店
	預金種別	普通 当座	その他 ()	口座番号

【添付書類】

- 診療報酬明細書(レセプト)(原本) ※レセプトの添付が不可能な場合は2枚目の領収(診療)明細書に医師の証明をもらってください。
- 領収書(原本)

備考	個人番号 (被保険者等記号番号を記入した場合は記入不要)	
	※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通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

受付日付印

領収(診療)明細書(医師の証明)

※診療報酬明細書(レセプト)の添付が不可能な場合に提出してください。

患者名

診療月

傷病名

初診	初診 時間 休日 深夜
再診	再診 外来 時間 休日 深夜
医学 管理	
在宅	
投薬	内服 屯服 外用 処方 麻毒 調基
注射	皮下 静脈 その他
処置	処置
手術 麻酔	手術 麻酔
検査	検査
画像 診断	
その他	

この届出は、診療報酬明細書(レセプト)の添付が不可能な場合に、療養を担当した医師に記入を依頼してください。

上記のとおり領収(診療)しました。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関の名称

医師の氏名

医療機関電話番号

()