



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

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 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	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	2 傷病名		3 発病または 負傷年月日	令和 年 月 日	
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気	(原因および経過) 2. ケガ → 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	(令和) 年 月 日	年 月 日	から	まで 日数 日
	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	から	まで 日数 日
7 療養に要した費用の額	円				
8 診療の内容					
9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/>	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)			

同意欄

私は、保険給付の支給可否決定に係る調査のため、貴健康保険組合が関係機関に対して照会を行うこと、ならびに当該決定に必要な情報を提示することについて同意いたします。また、本同意書の写しも有効に取り扱われることに同意いたします。

令和 年 月 日

受診者署名