



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 健保 花子

申請内容	1 受診者	2 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 健保 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 18 年 10 月 26 日
	2 傷病名	左足首ねん挫	3 発病または負傷年月日	令和 3 年 4 月 2 日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	2 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
		〇〇総合病院	東京都〇〇区〇〇	〇〇 〇〇
	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
		〇〇薬局	東京都〇〇区〇〇	〇〇 〇〇
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数
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	日数	
7 療養に要した費用の額	9600 円			
8 診療の内容	診療のうえ、湿布薬を処方された。			
9 療養費の支給申請の理由	1 1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 9. その他 (理由)			