



# 健康保険被保険者療養費支給申請書(立替払等)

2/2  
被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 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 発症または負傷年月日	令和    年    月    日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 病気    (原因および経過) <input type="checkbox"/> 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	から	(令和) 年 月 日 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	から	(令和) 年 月 日 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(該当の番号を口に記入)	<input type="checkbox"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>4. 小児用治療用眼鏡を作成し、全額自己負担したので療養費として申請するため</li> <li>9. その他 (理由)</li> </ol>			