

申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ア	イ	ウ
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

「2. 代理人」の場合は必ずご記入ください。

※ご注意ください

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

家族（被扶養者）の方の療養費の立替払等であっても、
被保険者情報欄には被保険者の氏名、生年月日、住所などの情報をご記入ください。

$$(6.12)$$

受付日付印

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

☐

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

☐ 昭和
☐ 平成
☐ 令和

年 月 日

② 傷病名

③ 発病または
負傷年月日

年 月 日

④ 発病の原因および経過
(詳しく)
☐

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

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

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

☐

- 被保険者証を持参できなかったことにより、医療費を全額自己負担したため
- 他の保険者の被保険者証を使用し、医療費を返還したため
- 入院時の食事代の差額を申請するため
- その他

(理 由)