

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
被扶養者

事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

(立替払等、生血) ※1医療機関ごと、病院と調剤は分けて申請してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日	令和	年	月	日	☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は✓)				
	保険証の記号 - 番号				被保険者の 所属・氏名	(フリガナ)				
	-									
	被保険者生年月日				年 齢	被 保 険 者 の 住 所				
	昭和 平成 年 月 日 令和				歳	〒 電 話 () -				
	療養が被扶養者 に関するときは、 その方の	(フリガナ)				生 年 月 日		年齢	被保険 者との 続 柄	
		氏 名				昭和 平成 年 月 日 令和		歳		
	傷 病 名					発症又は負傷年月日 (療養開始日)		令和 年 月 日		
	発症・負傷の 原因及び経過							第三者行為によるものですか		
								☐ いいえ ☐ はい		
	診療を受けた 病院等の	名 称					診療または調剤に支払った額			
		所在地					円			
	診療の期間 (支給期間)	自 年 月 日	日 数	入院外 入院の別	病院・調剤(薬局)の別 ※いずれかに丸をしてください。					
		至 年 月 日	日	入院外 入 院	病院 ・ 調剤(薬局)					
	診療の内容									
健康保険が 使えなかった理由										
受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人(事業所の事業主)に委任します。									
	受取方法		代理人							
	☐ 給与振込		(事業所名)							
健 保 記 入 欄	療養費の別	1. 立替払等	療養の原因							
		2. 生 血	輸血回数	回						
	支 給 算出額	給付の割合			計 算 (小数点以下切捨て)			決定額		
		1. 未就学児	8 割					円		
		2. 7歳~69歳	7 割							
3. 70歳~74歳	7割・8割・9割									

※ 太枠内を記入してください。
※ 添付資料 1. 立替払等 ……診療内容、点数、金額を記載した領収書(原紙)
2. 生血 ……領収書、輸血証明書(原紙)
※ 時 効 医師、歯科医師、薬局等、代金を支払った翌日から2年以内まで請求できます。
※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、上部余白へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

支払印