

健康保険
療養費支給申請書(立替払等)

常務理事	事務長	担当
☐	☐	☐

令和 4 年 9 月 15 日提出

被保険者情報	事業所	住吉工場
	住所 電話番号	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ■■県■■市■■区■■町●-●-● TEL: 090 (1234) 5678
	記号番号	●● - ●●●●●● 被保険者証に記載している 記号番号を記入してください
	氏名	栗本 空

記入見本

療養対象者情報 被保険者記入欄	氏名	栗本 空	続柄	本人	生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	年	月	日	
	傷病名	左膝前十字靱帯断裂				発病または 負傷年月日	☐ 平成 ☒ 令和	年	月	日
	発病または 負傷の原因	階段で転倒し、膝が捻じれた								
	傷病の経過	現在も通院中								
	医療機関 名称 住所 医師氏名	〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町〇〇丁目〇番地 ◇◇◇◇◇総合病院 ■■■■■	診療の 内容	レントゲン撮影						
	診療を 受けた期間	令和 0 4 0 8 2 0 ~ 令和 0 4 0 8 2 0 まで 1 日間	診療に 要した費用	50,000 円						
療養費支給 申請の理由	☐ 加入して間もなく、被保険者証を保有していなかったため ☒ 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持参しなかったため ☐ 誤って他者の被保険者証を使用したため ☐ その他									

※ 診療報酬明細書(レセプト)および領収書(原本)を添付してください。

あてはまるものに
チェック!

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)

必ず確認の上 チェック!

被保険者確認欄

この届出について、以下の要件を満たしたものである

- ☒ 申請者本人(被保険者)が作成した 或いは
記載内容に誤りがないか申請者本人が確認している
- ☒ 療養費の受領方を事業主に委任する (必ずチェック願います)

事業主確認欄

この届出について、以下の要件を満たしたものである

- ☒ 事業主が記載内容に誤りがないか確認している

必ず確認の上 チェック!

※健保記入欄

支給決定金額

円