

健保記入欄	資格取得日	昭・平・令 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日	年 月 診療分	標準報酬月額	千円	受付整理No.	
						給付割合	割		
	決済年月日	令和 年 月 日	支給予定日	令和 年 月 日	本人 家族(一般・6未) 高齢(一般・上位)	支給額	円	受付年月日	
	常務理事	事務長	係員	係員					内訳がある場合
							入院時食事		円
					高額療養費	円			
					付加給付金	円			

被保険者 健康保険 療養費支給申請書 【立て替え払い】

記入にあたっての注意	「受診月」「受診者」「医療機関(入院・外来・調剤)」ごとに、1枚の用紙にご記入ください。「治療用装具」「はり・灸」「あんま・マッサージ」「海外療養」による申請は、別様式になります。						
健康保険証等の記号・番号	99 — 1234	会社箇所名	近畿日本ツーリスト㈱ ○○支店				
被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭和 平成	45年	11月	22日	
申請対象者氏名 対象者が被扶養者の場合	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子	生年月日	昭和 平成 令和	48年	10月	14日	続柄 妻
療養を受けた医療機関等	名称	さいたま内科クリニック					
	所在地	埼玉県さいたま市北区宮原町1-10-100					
療養の給付を受けることができなかった理由 ※1	1	保険証の交付手続き中のため、手元になかった。					
	2	保険証を所持していなかった。(理由: )					
	3	誤って以前の保険証を使用してしまった。(前保険の名称: <b>さいたま市国民健康保険</b> )					
	4	労災が認められなかった。					
	5	その他 ( )					
診療区分	入院・ <b>外来</b> ・調剤	療養の期間	自: 令和 6年 10月 5日	至: 令和 6年 10月 15日	3日間		
傷病名	急性気管支炎				「業務中」や「他人による行為」によるものですか? はい・ <b>いいえ</b>		
発病(負傷)の原因、経緯	いつ	原因、経緯					
	6年 10月 14日 午前頃	39度まで発熱したため医師の診断を受けた					
治療の内容	診察・検査・点滴・投薬		領収書の金額	16,200 円			
被保険者名義 振込先口座	三菱UFJ 銀行 新宿 支店		普通当座	口座番号: 0123456 <small>カタカナ</small> 口座名義: ケンボ タロウ			
	ゆうちょ銀行をご希望の場合は、通帳右上記載の記号と番号もご記入ください		記号:	番号:			
添付書類	※1の理由番号が、「4」、「5」の場合による申請は、予め健康保険組合までご一報ください。						
	<input checked="" type="checkbox"/>	領収書の原本	※1の理由番号が「1」、「2」の場合は、医療機関等に支払った際の領収書				※1の理由番号が「3」の場合は、前の保険に返還した際の領収書
被保険者署名欄	<input checked="" type="checkbox"/>	診療(調剤)報酬明細書	※1の理由番号が「1」、「2」の場合は、医療機関等の窓口から交付を、				※1の理由番号が「3」の場合は、前の保険から交付を受けてください。
	近畿日本ツーリスト健康保険組合理事長殿 上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 令和 6年 12月 5日 〒331-0812 連絡先(携帯) 090-1234-5678 住所 埼玉県さいたま市北区宮原町1-1-1 被保険者の氏名 健保 太郎						

※ 被保険者証等の記号番号を記入した方は、記入不要

被保険者のマイナンバー記入欄 →

記号番号に代え、マイナンバーを記入し申請する場合は、「個人番号確認」「本人確認」をするための添付書類が必要になります。