

健 保 記 入 欄	資格取得日	令和 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.	
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		給付割合	割		
	決済年月日		支給予定日		本人 家族(一般・6未) 高齢(一般・上位)	支給額		円	
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		内 訳 が あ る 場 合	療養費		円
	常務理事	事務長	係員	係員			入院時食事		円
				高額療養費			円		
				付加給付金	円				
					医科(入院・外来) 歯科(入院・外来) 調剤			受 付 年 月 日	

被保険者 健康保険 療養費支給申請書 【立て替え払い】

被 保 険 者 (本 人) が 記 入 す る と こ ろ	記入にあたっての注意	・「受診月」「受診者」「医療機関(入院・外来)」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。							
	健康保険証の記号・番号	99	—	1234	会社箇所名	近畿日本ツーリスト(株) ○○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 45 年 11 月 22 日	勤務先電話	03 — 1234 — 5678		
	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 48 年 10 月 14 日	続柄	妻		
	療養を受けた医療機関等	名称	○○○○○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: さいたま市国民健康保険)						
		4	労災が認められなかった。						
		5	その他 ()						
	診療区分	入院	外来	調剤	療養の期間	自: 令和 4 年 7 月 15 日	至: 令和 4 年 7 月 22 日	2 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 いいえ				
発病(負傷)の原因、経緯	いつ	令和4年7月13日 午前頃	原因、経緯 39度まで発熱したため医師の診察を受けた。						
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 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						
	<input checked="" type="checkbox"/>	診療(調剤)報酬明細書 ※領収明細書とは異なります。	※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。						
申請者署名欄	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4年10月1日 〒 331-0812 連絡先(携帯) 090-9999-9999 住所 埼玉県さいたま市北区宮原町1-1-1 健保 太郎 被保険者の署名								

※ 被保険者証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。