

※妊婦健診や乳幼児健診の費用は保険の対象外となり、療養費のお支払いはできませんのでご注意ください
 ※添付書類・記入の方法については記入例を参照してください。

ご確認 ください	健康 保 使 用 欄	支 払 額	款 項 目	¥	拾万	万	千	百	拾	円	医療費総額	年	月	日	取 得
					一部負担額 1 2 3	年	月	日	喪 失						
					食事代	年	月	日	伺						
					支給額	年	月	日	支 払						

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
 家族

◎受診者ごと・診療月ごと・医療機関ごとに一枚の用紙に記入してください
 ◎10割支払った場合：「病院発行の診療明細書（レセプト）の原本」「病院発行の10割支払った領収書の原本」を添付してください
 ◎7割支払った場合：「前加入保険発行の診療明細書（レセプト）の原本」「前加入保険発行の返納金領収書の原本」を添付してください

① 被保険者証の記号・番号	(記号) 123	(番号) 4567	② 事業所名	〇〇〇〇株式会社		
③ 被保険者(申請者)の氏名・印	乙野 次郎		④ 生年月日	昭和 平成	46	年 12 月 5 日
⑤ 被保険者(申請者)の住所	〒123-4567 大阪市△△区××一××					
⑥ 療養が被扶養者に関するときはその方の氏名	乙野 花子	生年月日	昭和 平成	48	年 4 月 10 日	続柄 妻
⑦ 傷病名	急性気管支炎					
⑧ 発病又は負傷の原因およびその経過	(いつ) 平成30年4月15日(日)午前・午後 3 時頃	通・退勤中または業務中によるものですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい			
	(どこで) 旅行先	第三者によるものですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい			
⑨ 治療の内容	×月×日より〇〇病院へ通院。処方してもらい、完治		⑩ 療養の給付が受け取ることができなかった理由(右記の欄に丸をつけてください)	1: 保険証を受け取る前であった 2: 保険証を持っていなかった(理由: 旅行中の為) 3: 誤って前の保険証を使用した		
	名称	〇〇病院	⑫ 診療に要した金額			
	所在地	大阪市△△区〇〇一×一×	15,700 円			
⑪ 療養をうけた医療機関等	医師名	甲野 太郎				
⑬ 診療の期間	自 平成 30 年 4 月 15 日	1 日間	左記のうち入院期間	平成 年 月 日	日間	平成 年 月 日

⑭ 添付書類 チェック欄 (いずれも原本)	<input checked="" type="checkbox"/> 領収証 10割負担の場合(⑩の1,2に○)：病院発行分 7割負担の場合(⑩の3に○)：前加入保険発行分	<input checked="" type="checkbox"/> 診療報酬明細書(レセプト) *必ず病院で発行を依頼してください。 (⑩の3に○をされた方は前加入保険者発行分)
-----------------------------	---	---

*記号・番号をご記入された方はマイナンバーの記入は不要です。また、マイナンバーで申請希望される方は③の被保険者氏名の下に12桁の数字をご記入ください

必ずご記入ください

銀行コード(4ケタ)	1234	〇〇	銀行 信用金庫 農協	支店コード(3ケタ)	567	〇〇	支店	普通・当座 (○をつけてください)
口座番号	9	8	7	6	5	4	3	カタカナで記入してください オツノ ジロウ

※被保険者以外の口座をご希望の場合は、受取代理人の欄に捺印が必要です

受取代理人の欄	住所 氏名	住所 氏名	印	受付日付印
---------	----------	----------	---	-------

記入洩れが多発しております！！
 銀行名・支店名・口座番号・預金名義
 全て洩れなく記入して下さい。
 ※被保険者以外の口座をご希望の場合は、
 下欄の「受取代理人の欄」にもそれぞれ記入・捺印が必要です。