

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

健保 花子

申請内容

1 受診者

2

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

健保 太郎

生年月日

☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和

18 年 10 月 26 日

2 傷病名

左足首ねん挫

3 発病または
負傷年月日

令和 3 年 4 月 2 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

2

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください。

5 診療を受けた医療機関等の

名称

〇〇総合病院

所在地

東京都〇〇区〇〇

診療した医師等の氏名

〇〇 〇

名称

〇〇薬

所在地

東京都〇〇区〇〇

診療した医師等の氏名

〇〇 〇〇

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

03 04 02

から

年 月 日

03 04 06

まで

日数

2

日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間

(令和) 年 月 日

から

年 月 日

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

9600

円

8 診療の内容

診療のうえ、湿布薬を処方された。

9 療養費の支給申請の理由

1

1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため
2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため
3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため

9. その他

(理由)