

健康保険 **被保険者** 療養費支給申請書  
家 族

〔立替払等、治療用器具〕

◎ 立替払の申請をする場合は、個人ごと、医療機関ごと、入院・通院ごと、診療月ごとに1枚の用紙で申請してください。

被保険者証の記号・番号		事業所	名称	旅行 株式会社		
記号	番号		所在地	東京都港区芝大門 - -		
239	1234					
被保険者の (申請者)	氏 名		生年月日		連絡先電話番号	
	旅行 太郎 (印)		昭和 55年 10月 10日 平成		03-3 -	
	連絡先住所					
〒 105 - 0012 東京都港区芝大門 - - JDBビル7階						
診療が被扶養者に関するときはその者の	氏 名		生年月日		被保険者との続柄	
			昭和 年 月 日 平成			
傷 病 名				発病または負傷年月日	17年 8月 1日 ( 19時頃)	
発病または負傷の原因およびその経過	急な腹痛、原因不明			第三者行為(事件・事故等)によるものですか? ①: いいえ 1: はい		
診療を受けた病院等	名称	病院				
	所在地					
診療の期間	自:平成 17年 8月 1日	日数	入院・入院外の別	診療に要した費用の額		
	至: 10日	4日間	①: 入院外 1: 入院	5,780 円		
診療の内容	診察・投薬		保険診療を受けられない(受けられなかった)理由	保険証を失くし、手元になかったため。		
支払先金融機関	UFJ		銀行 信用金庫 信用組合	芝大門		本店 支店
	本支店コード	1 2 3	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座名義人	預金種別 ①: 普通 2: 当座 4: 貯蓄
						(カタカナ) リョコウ タロウ

「支払先口座名義人」を被保険者以外の口座に希望する場合は、必ず下記受取代理人欄に記入・捺印のこと。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。						平成 年 月 日提出
	〒 - 平成 年 月 日						受付日付印
	被保険者 住所 (申請者) 氏名 (印)						
代理人の氏名と印	(フリガナ)				申請者との関係		
代理人の住所	〒 -						

【必要な添付書類】

- 立替払いの場合：『領収書原本』、『診療明細書(レセプト)』  
※外国語の場合は、日本語の翻訳文に翻訳者の氏名・住所を記載のこと
- 装具装着の場合：実費についての『明細書・領収書原本』、『医師の意見書』
- 傷病名が、けがなどの外傷性の場合：『負傷原因届』(初回申請時のみ)
- 傷病の原因が、第三者行為による場合：『第三者行為による傷病届』(初回申請時のみ)