

同じ月に、同じ医療機関で、同じ受診者に対してかかった医療費ごとに申請してください

健康保険 療養費 支給申請書 (10割負担/他の保険証利用の払戻し用)

被保険者が記入してください。申請には添付書類が必要です。⑦の申請理由によって添付する書類が異なります。下の添付書類チェック欄をご確認ください。

被 保 険 者 情 報	①保険証の 記号 - 番号	②氏名		③生年月日	
	④住所	⑤携帯 TEL *必ず記入してください		昭和・平成 年 月 日	
給 付 金 受 取 口 座	*被保険者名義の口座に限り。口座名義と被保険者氏名が一致しない場合は入金できません。 *婚姻等で氏名変更をした場合は、保険証の氏名変更手続きと金融機関での口座名義変更の手続きを終えてから申請してください。				
	金融機関 コード	支店 コード	普通 口座No.		
	金融機関名	支店名	口座名義 (カタカナ) *被保険者の氏名と一致していること		
	銀行 信金 その他()	本店 支店 出張所			
申 請 内 容	⑦ 申請理由	<input type="checkbox"/> 保険証を持参せずに受診したため、医療費10割を自己負担した ⇒ 添付書類 A が必要です <input type="checkbox"/> 前の保険証を持参して受診し、前の健康保険から医療費を請求された ⇒ 添付書類 B が必要です <input type="checkbox"/> その他 ()			
	⑧受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 (本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者 (家族) ⇒ 氏名・生年月日へ	家族の 氏名	家族の 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	⑨傷病名			⑩発症/負傷日 *おおよそ	令和 年 月 日ごろ
	⑪傷病の原因	<input type="checkbox"/> 仕事に負ったケガや仕事の原因でかかった病気ではない <input type="checkbox"/> 仕事や通勤途中に負ったケガや仕事の原因でかかった病気である ⇒ 労災・通災の認定を受けましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請しない			
	⑫第三者行為ですか。 (他の誰かによって負わされたケガや病気のこと。交通事故など、確実に相手に原因があるもの)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	⑬受診した 医療機関	名称	所在地	担当医の氏名	
	⑭受診した 期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで	日数	日	
	⑮⑭のうち、 入院した期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで	日数	日	
⑯診療内容	例) 診察、薬を処方された、リハビリのための通院、など	⑰診療に 要した額	あなたが実際に支払った額 円		
備 考					

添付書類チェック欄 (下記を必ず添付してください。添付がない場合は支給できません)

A	<input type="checkbox"/> 領収書の原本	医療機関 (病院・薬局) を受診した際の領収書です。
	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書 (レセプト)	医療機関 (病院・薬局) が発行したものです。領収書と一体になったものではなく、別途、医療機関から「療養費請求に使用するもの」として発行をうけてください。
B	<input type="checkbox"/> 領収書の原本	「前の健康保険」に医療費を返還した際の領収書です。
	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書 (レセプト)	「前の健康保険」に医療費を返還したあとに送られてくるもの、またはご自身で「前の健康保険」窓口で請求するものです。「開封厳禁」と書いてある場合は封筒のまま添付してください。

受付印