

本人
記載

1

2

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者(申請者)記入用

令和 4 年 4 月 20 日 提出

被保険者(申請者)情報

被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 3 4	番号 1 2 3 4 5	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
氏名	(フリガナ) コウア タロウ 興亜 太郎		生年月日 ☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 5 0 0 1 0 5
住所	(〒 123 - 4567) 長野 都 道 府 県 上伊那郡箕輪町大字中箕輪123456		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 0265 (12) 3456		

マイナンバーカード登録の公金受取口座にする場合✓

振込先指定口座

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☒ 利用しない場合は下記の欄を記入。)
注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。

金融機関
名称

八十二

銀行 金庫 信組
農協 漁協
その他 ()

箕輪

本店 支店
出張所
本所 支所

預金種別

普通

口座番号
(左づめ)

0 1 2 3 4 5 6

口座名義
(カタカナ)

コウア タロウ

▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

- 注)1.緊急その他やむを得ず診療を受け、自費で支払った時は
その【診療報酬明細書】(保険点数記載があるもの)及び【領収書】、【調剤報酬明細書】(原本)
を添付してください。
2.傷病が第三者行為によるときは、「第三者の行為による傷病届」を添付してください。

決定年月日	令和	年	月	日
支払年月日	令和	年	月	日
支給決定 金額	円			
常務理事	事務長	担当者		

支払済印

受付日付印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

本人
記載

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

興亜 太郎

申請内容

1 受診者

☒ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

生年月日

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和

年 月 日

2 傷病名

インフルエンザ

3 発病または
負傷年月日

令和 4 年 1 月 15 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

☒ 病気

(原因および経過)

39度の発熱・倦怠感があり受診した

ケガの場合は「負傷原因届」もお願いします

☐ 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

興亜病院

所在地

長野県上伊那郡箕輪町大字
中箕輪〇〇

診療した医師等の氏名

〇〇〇〇

名称

興亜薬局

所在地

長野県上伊那郡箕輪町大字
中箕輪〇〇

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

年 月 日

4 1 1 5

から

4 1 1 5

まで

日数

1

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

年 月 日

から

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

15,800

円

8 診療の内容

診察

9 療養費の支給申請の理由

☒ 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

☐ 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

☐ 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

☐ その他

(理由)