

被保険者(申請者)記入用

被保険者（申請者）情報

振込先指定口座

1/2

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

健保太郎

申請内容

1 受診者

1

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

生年月日

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和

年 月 日

2 傷病名

右足首捻挫

3 発病または
負傷年月日

令和 1 年 5 月 10 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)

階段を下りている時、
踏み外して、足首をひねった。

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

〇〇病院

所在地

上越市△△1-1-1

診療した医師等の氏名

□□□□□

名称

〇〇薬局

所在地

上越市△△2-2-2

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

0 1 0 5 1 0

から

0 1 0 5 1 5

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

年 月 日

□ □ □ □ □ □

から

□ □ □ □ □ □

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

15,000

円

8 診療の内容

診察のうえ、薬を処方された。

9 療養費の支給申請の理由

2

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)