

# 医療費（立て替え払い分）を請求するとき

保険証を忘れてしまったときや、誤って以前の健康保険の保険証を使ってしまったとき等、全額自費で受診した場合には「療養費支給申請書」にてご請求ください。後日、立て替えた医療費が療養費として払い戻されます。

- 申請書類：「療養費支給申請書」（単票）
  - 申請期限：治療費等を支払った日の翌日から2年以内
  - 添付書類：「診療費の領収書（原本）」  
「診療報酬明細書」  
「調剤報酬明細書（調剤薬局の場合）」
- ※外傷性傷病（ケガ等）の場合は、負傷原因を詳細にご記入ください。

## 被保険者・家族 療養費支給申請書

※申請書は黒のボールペン（消えないペン）でご記入ください。

被保険者証 記号 123 番号 9999	事業所名（または勤務していた事業所名） 株式会社〇〇〇〇
被保険者（申請者） フリガナ ケンボ タロウ 氏名 健保太郎 生年月日 昭和（平成）令和 〇年〇月〇日生	
対象者氏名 フリガナ ケンボ ハナコ 氏名 健保花子 生年月日 昭和（平成）令和 〇年〇月〇日生	
被保険者（申請者） 〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都中央区日本橋大伝馬町〇-〇 〇〇アパート〇〇〇号室	自宅電話 03-0000-0000 携帯番号 090-0000-0000
傷病名 骨折	発病・負傷の年月日 令和〇年〇月〇日
診療（治療） 内容 固定のためギブスをした	療養の給付を受けることが出来なかった理由 保険証なしで受診したため
発病又は負傷の原因 およびその経過 休日、フットサル中に転倒し負傷。	以前の健康保険（国保・協会けんぽ）からの返還請求の際は添付書類が必ず必要です ・診療報酬明細書（レセプト）写 ・返還請求分の領収書
診療を受けた医療機関等の所在地 名称 〇〇〇病院	医師名 〇〇〇〇
治療用装具の装着日 令和〇年〇月〇日	診療に要した費用 10,000 円
診療期間は 令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで	現在治療中
診療期間のうち入院期間は 令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで	入院中
傷病が第三者の行為によるものですか	ア はい イ いいえ

被保険者・被扶養者（家族）、対象の種別を○で囲んでください。

療養の対象が、被扶養者（家族）の場合、その方の氏名をご記入ください。

被保険者名は、必ず自署でご記入ください。

被保険者以外の方が、療養費を受け取る場合には、被保険者氏名欄、代理人欄をそれぞれ、自署でご記入ください。

被保険者本人の振込口座をご記入ください。なお、代理人の方が受け取る場合には、代理人の口座をご記入ください。

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。

被保険者（申請者）氏名

住所

代理人の氏名

☆受領委任する場合、「支払金融機関」は代理人の口座を記入し、それ以外は被保険者名義の口座を記入してください。

金融機関コード	1 2 3 4	支店番号	1 2 3
〇 〇 〇 〇	銀行金庫	× × ×	本店支店
口座番号	普通・当座	1	2 3 4 5 6 7
口座名義（カタカナ）	ケンボ タロウ		

★自費診療の場合に添付する「領収明細書」は、暦月ごと、入院・通院ごとに作成してください。  
★外傷性傷病（ケガ等）は、負傷原因を詳細にご記入ください。  
★負傷の原因が第三者によるものであるときは、「第三者の行為による傷病届」を添付してください。