



被保険者氏名

健保 太郎

訂正の場合は、②氏名・押印欄にて使用した印鑑を訂正印としてお使いください。

⑩ 受診者

2

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

家族の場合

⑩-1 はその方の氏名

健保 花子

⑪ 生年月日

2

1. 昭和 年 月 日  
2. 平成 0 2 0 3 0 4  
3. 令和

⑫ 傷病名

風邪

⑬ 発病または負傷年月日

3

1. 昭和 年 月 日  
2. 平成 0 1 0 8 0 3  
3. 令和⑭ 発病の原  
因および経過  
(詳しく)

1

1. 病気

(原因および経過)

エアコンによる身体の冷え。医療機関にて薬を処方。自宅で服用の上静養。

2. ケガ

⇒ 負傷原因届を併せてご提出ください。

⑮ 診療を受けた  
医療機関  
および  
調剤薬局

名称

○△クリニック

所在地

東京都千代田区飯田橋1-2-3

診療した医師等の氏名

組合 二郎

名称

□○薬局

所在地

東京都千代田区飯田橋3-2-1

診療した医師等の氏名

—

⑯ 診療を受けた期間

2

1. 平成  
2. 令和

年 月 日から

0 1 0 9 0 3

2

1. 平成  
2. 令和

年 月 日まで

0 1 0 9 0 3

診療期間

1 日

⑯-1 上記の期間  
に入院して  
いた場合は  
その期間

1

1. 平成  
2. 令和

年 月 日から

1

1. 平成  
2. 令和

年 月 日まで

入院期間

日

⑰ 療養に要した  
費用の額

6,000

円

⑱ 診療の内容

症状の確認の薬の処方

⑲ 療養費の支給申請  
の理由

2

- 被保険者証が届いていなかったため
- 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため
- 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため
- その他 ( )

◆ ⑲の理由に応じて本申請書の他に以下書類をご準備ください。

1.2.立替払い(例:保険証不携帯)

- 領収証 **原本**  
 医療費明細 **原本**  
 通帳またはキャッシュカードコピー ※1  
 本人確認資料 ※2

※1. 当健保資格喪失者の方のみ対象  
※2. マイナンバーを記載した方のみ対象

3.4.立替払い(例:他保険証による受診)

- 他健保より発行された領収証 **原本**  
 診療報酬明細書(開封厳禁)  
 通帳またはキャッシュカードコピー ※1  
 本人確認資料 ※2