

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)
 家 族

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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	2 傷病名	急性胃腸炎		3 発病または負傷年月日 平成 28 年 12 月 20 日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ (病気、ケガの原因および経過) 急にお腹が痛くなった為		
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		一ニ三 内科医院	石川県金沢市123	石川一ニ三
	6 診療を受けた期間	(平成) 年 月 日	年 月 日	日数
		28 12 20	から 28 12 20 まで	1 日
	6-①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(平成) 年 月 日	年 月 日	日数
7 療養に要した費用の額	4,500 円			
8 診療の内容	診察、投薬			
9 療養費の支給申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 2 1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 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 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 9. その他 (理由)			