

健康保険（被保険者・被扶養者）療養費請求書（一般）

（該当する方に○をして下さい）

被 保 険 者 の 記 入 す る 欄	1.被保険者証の 記号と番号	記号		2.被保険者の 氏名		
		番号				
	3.被保険者の現住所	〒				
		電話				
	4.事業主の名称					
	5.療養が被扶養者の ときは、その者の	氏名		生 年 月 日	年 月 日	被 保 険 者 との続柄
	6.傷 病 名					
	7.発病又は負傷の 原因及びその経過			8.発病又は 負傷の年月日	年 月 日	
				9.第三者行為に よるものですか	はい ・ いいえ	
	10.療養を受けた 病院等	名 称		医師の氏名		
		所 在 地				
	11.診療の期間	年 月 日 から		年 月 日	日 間	
		年 月 日 まで		年 月 日	装 着	
	12.入院・入院外の区 分及び入院のときは その期間	入 院 ・ 入 院 外	入 院 期 間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日 間
	13.診療の内容					
14.療養の給付を受けることが 出来なかった理由	健康保険証の不所持・その他（ ）					
15.療養に要した費用の額（医療機関に支払った額）	円					

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

（加入者が直接健康保険組合へ申請する場合は、個人番号確認・本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄

（被保険者への注意事項）

イ. 7の欄は、『いつ（平成〇年〇月〇日午前〇時）、どこで（自宅の庭で）、何を（薪を）どうしているうち（割っているうち）、何が（薪の）、どういうふうになって（破片が飛んで）、どこを（顔を）、どうした（裂傷した）』というように、詳しく記載して下さい。

ロ. 療養費は事業主を通じて、被保険者に支給されますので、必ず後記の委任状に記入して下さい。但し、任意継続被保険者は除きます。

ハ. 医師の証明（意見書）を添付又は、診療報酬明細書を医療機関から取り寄せて下さい。

ニ. 領収書又は振込用紙の控えの各々の本 書を添付して下さい。

※鉛筆書き・修正液（修正テープ）の使用・訂正印無しの請求書は受付できません。

委 任 状	私は、事業主 _____ を代理人と定め、	年 月 日	に請求した
	療養費の受領方を委任します。		
		年 月 日	
	住所 被保険者 氏 名		