健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書

立替払

被保険者情報				
被保険者等記号・番号	記号　　番号		事業所名称	
氏名	（フリガナ）			
			生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
住所	〒　　－		電話番号（日中の連絡先）	（　　）

【ご注意ください】 家族（被扶養者）の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先				
金融機関名称		銀行・金庫・信組 農協・その他（　　）	預金種別	普通・当座・その他（　　）
		支店・本店・出張所 その他（　　）	口座番号	
口座名義（カタカナで記入）			口座名義区分	☐ 被保険者（申請者）　☐ 代理人
公金受取口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。）			

委任状			
口座名義区分が代理人の場合にご記入ください	被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　　年　　月　　日 氏名	
	代理人（口座名義人）	住所	
		氏名	被保険者との関係（　　）

申請内容				
受診者（どちらかに✔）	☐ 被保険者　☐ 家族（被扶養者）		第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ
家族の場合はその方の	氏名	生年月日　昭・平・令　　年　　月　　日　続柄（　　）		
傷病名			発病又は負傷年月日（療養開始日）	平・令　　年　　月　　日
発病又は負傷の原因及びその経過（けがの場合は「負傷届」の添付が必要となります）	原因			
	経過			
診療を受けた病院等	名称			
	所在地		診療した医師の氏名	
診療期間（支給期間）	令和　　年　　月　　日 から　令和　　年　　月　　日 まで　（日数　　日）			
上記期間に入院していた場合はその期間	令和　　年　　月　　日 から　令和　　年　　月　　日 まで　（日数　　日）			
療養に要した費用	円	診療の内容		
療養の給付を受けることができなかった理由				

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

受付印

マイナンバー記入欄（被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。）

マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士記載欄	氏名等

自動車振興会 健康保険組合

（令6.12）

診 療 明 細 書

患者氏名		傷病名	1） 2） 3）	診療期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで （診療実日数　日）

入院外

初診	時間外 ・ 休日 ・ 深夜		回
再診	再 診	×	回
	外来管理加算	×	回
	時間外	×	回
	休 日	×	回
	深 夜	×	回
指導			
在宅	往 診		回
	夜 間		回
	深夜・緊急		回
	在宅患者訪問療養		回
	その他		
	薬 剤		回
投薬	内 服　薬 剤		単位
	調 剤	×	回
	屯 服　薬 剤		単位
	外 用　薬 剤		単位
	調 剤	×	回
	処 方	×	回
	麻 毒		回
	調 基		
注射	皮下筋肉内		回
	静脈内		回
	その他		回
処置			回
	薬 剤		回
手術麻酔			回
	薬 剤		回
検査			回
	薬 剤		回
画像診断			回
	薬 剤		回
その他	処方箋		回
	薬 剤		回
合　計			円

入　院

初診	時間外 ・ 休日 ・ 深夜		回
投薬	内 服		単位
	屯 服		単位
	外 用		単位
	調 剤		日
	麻 毒		日
	調 基		
注射	皮下筋肉内		回
	静脈内		回
	その他		回
処置			回
	薬 剤		回
手術麻酔			回
	薬 剤		回
検査			回
	薬 剤		回
画像診断			回
	薬 剤		回
その他	薬 剤		回
入院	入院年月日	年　月　日	
	病・診・衣	入院基本料・加算	
		×　日間	
		×　日間	
		×　日間	
		×　日間	
		×　日間	
		特定入院料・その他	
食事	基準		
	円 ×　日間		
	円 ×　日間		
	円 ×　日間		
	円 ×　日間		
合　計			円

上記のとおり診療いたしました。　　令和　年　月　日

所在地
名　称
医師の氏名
電話番号

自動車振興会 健康保険組合