

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書（立替払等用）

被保険者（申請者）情報	被保険者の	記号	番号	生年月日	年	月	日
	ふりがな 氏名	—		☐ 昭和			
				☐ 平成			
	☐ 令和						
	電話	—		—			
住所	〒		—				
事業所名称				所在地			
委任状 及び 同意書	コスモエネルギーグループ健康保険組合理事長殿 療養費（立替払等）を申請いたします。当申請により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。（任意継続被保険者を除く） また私は、今回申請した療養費について、健康保険法に基づき保険給付の支給決定をするための参考として、貴健康保険組合が 医療機関等に対して、内容紹介を行うこと、および医療機関等が照会の回答をすることを同意します。 被保険者氏名			令和 年 月 日 （印）※自署の場合は押印省略可			

申請内容	1 受診者		1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	生年月日	年	月	日
	家族の場合は その方の氏名			☐ 昭和			
				☐ 平成			
	☐ 令和						
	2 傷病名			3 発症または負傷の	年	月	日
	4 発症の原因及び 経過（詳しく）		原因及び経過				
			1. 病気 2. けが → 事故または第三者の行為によるけがの場合は健保へお知らせください。				
	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			
		名称	所在地	診療した医師等の氏名			
6 診療を 受けた期間	令和	年 月 日	から	年 月 日	まで	日数	日
上記の期間に 入院していた場合は その期間	令和	年 月 日	から	年 月 日	まで	日数	日
7 診療に要した費用の額	円		8 診療の内容				
9 療養費支給申請の 理由		1. 緊急やむを得ず受診し、資格情報のお知らせ等を持参しなかったため 2. 誤って他の保険者の資格で受診したため 3. その他（理由）					

	支給金額						
法定給付							
合 計							

<算出の基礎>

(法定)

円 × % = 円

(付加)

円 × % - 30,000 = 円

※千円未満端数切捨

常務理事	事務長	係

健保受付印

領収(診療)明細書

領収書及び診療明細書原本を添付する場合は、記入不要です。

1 ②

患者名				傷病名			
-----	--	--	--	-----	--	--	--

種目		回数 日数	点数 (単価)	金額	備考	
初診料		時間外・休日・深夜			時間外の場合は、その初診時刻	
再診料					時間外の場合は、その初診時刻	
往診料					往復距離(片道) キロメートル	
指導		回				
薬投					薬名 単価 数量	
	内服					
	屯服					
	外用					
	調剤					
注射		回			薬名 単価 数量	
		回				
	皮下筋肉内	回				
	静脈内	回				
検査		回			検査名	
		回				
	薬剤	回				
レントゲン		回			使用フィルムの大きさ	
	透視	回				
	造影剤	回				
処置及び手術		回			手術名又は患部の大きさ	
		回				
	材料	回				
	麻酔	回				
	薬剤	回				
入院	入院年月日	年 月 日	入院料	× 日間 × 日間 × 日間	(高額療養費) 円	
	病 診	※ I 群1・夜1a等の加算明細			(基準) 円× 日	
	入院料明細				食事 特選 円× 日 円× 日	
合 計			(点数)	(金額)		

上記のとおり領収(診療)いたしました。
令和 年 月 日
医療機関の所在地 〒
医療機関の名称
医師の氏名 印
電話番号 () —

*すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。
(添付書類についての注意)
(1)歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書をつけてください。
(2)輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書・原本」および「血液代金の領収証書・原本」を
つけてください。