



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

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/>	1. 被保険者 2. 家族(被扶養)	続柄	
	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 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	2 傷病名		3 発病または負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 2. ケガ	病気の場合は原因および経過、ケガの場合はいつどこで何をしていたかご記入ください。		
	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	日数
	6 - ①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	日数
	7 療養に要した費用の額	円			
8 診療の内容	医療費総額(10割)				
9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 1. 入社(または扶養)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. 誤って旧保険者の被保険者証を使用したため 4. その他 (理由)				

次の2点原本を添付ください

①領収証

医療機関に10割支払った場合は医療機関への領収証、旧保険者へ医療費を返納した場合はその領収証

②診療報酬明細書(診療明細ではありません)

医療機関へ10割支払った場合は、医療機関から交付を受けてください。  
 長岡市国民健康保険へ医療費返納した場合、ご本人様が国民健康保険窓口にて診療報酬明細書の交付を受けてください。  
 診療報酬明細書が封入されている場合、開封せずにご提出ください。

※自治体医療費助成を受ける場合は、領収証コピーを取り、後日、健保組合からの給付金決定通知と合わせて自治体に申請ください。