

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

「注意事項」

1. 領収書又は診療明細書を添付してください。領収書を添付される時は、「領収」の字句を消して「診療明細書」としてください。
2. 歯科診療の場合は、別に領収(診療)明細書を作成してください。

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 平成		
	住所	(〒 -)	都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/>
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	
口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人		

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
	氏名・印	<input type="checkbox"/> 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	委任者と代理人との関係	
住所	(フリガナ)			
氏名・印	<input type="checkbox"/>			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

(28.8)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

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(被扶養者)
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> <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="text"/> <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 <input type="checkbox"/> 2. ケガ (病気、ケガの原因および経過)
	5 診療を受けた医療機関等の	名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/> 診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
		名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/> 診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
	6 診療を受けた期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで 日数 <input type="text"/> 日
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで 日数 <input type="text"/> 日
	7 療養に要した費用の額	<input type="text"/> 円
8 診療の内容		
9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 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) <input type="text"/>	