

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

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 [][][][]	番号 [][][][][][][][]	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください [][][][][][][][][][]		
	氏名	(フリガナ) -----		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 [][][][][][][]
	住所	(〒 [] - [])	(都 道 府 県) [] [] [] []			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ([])				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)						

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。					
	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	普通	口座番号 (左づめ)	[][][][][][][][][][]		
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

受取代理人の欄	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
	被保険者 (申請者)	氏名	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)	住所 (フリガナ) ----- 氏名	(〒 [] - []) TEL ([])	委任者と 代理人との 関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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

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	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	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 (原因および経過) 2. ケガ		
	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	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	年 月 日	日数
	7 療養に要した費用の額	_____ 円		
8 診療の内容				
9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため 2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため 9. その他 (理由)			